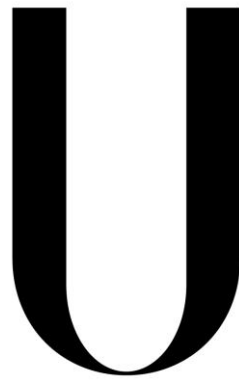


Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**LISBOA**

---

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**Comunicação**

**Médico Dentista – Laboratório de Prótese:  
do ideal para o real**

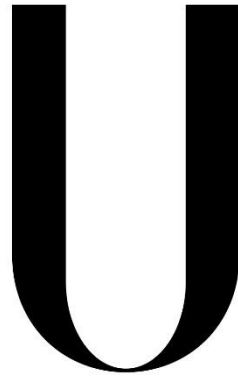
**Ana Isabel Cortes da Palma Correia**

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2018

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



**LISBOA**

---

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**Comunicação**

**Médico Dentista – Laboratório de Prótese:  
do ideal para o real**

**Ana Isabel Cortes da Palma Correia**

Dissertação Orientada pelo Professor Doutor João Carlos Roque

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2018



## Resumo

Este estudo transversal teve como base as informações prestadas por indivíduos no exercício da profissão de médico dentista (MD) e de técnico de prótese dentária (TPD) em Portugal, na área da reabilitação oral (RO). O estudo apresentado visou obter informações sobre a comunicação entre MD e TPD, bem como sobre a percepção de cada grupo de profissionais acerca dos elementos que poderiam ser melhorados.

Criaram-se dois questionários anónimos semelhantes (um para MD e um para TPD), que foram aplicados *online* e presencialmente. Dos dados obtidos pelo questionário foi feita uma análise e discussão em torno da caracterização pessoal, profissional e meios de comunicação MD-TPD.

Destaca-se dos resultados a discrepância de percepção dos dois grupos quanto à informação facultada nas requisições, frequência de contacto para esclarecimento de dúvidas, deslocação do paciente ao laboratório de prótese para visualização pelo TPD e problemas encontrados nas impressões enviadas ao laboratório. Reuniram concordância entre os dois grupos a utilização crescente de registos fotográficos, preferência do contacto por chamada telefónica, decisão conjunta do plano de tratamento, deslocação do TPD à clínica para visualizar características do paciente, materiais utilizados, aspectos que impedem a colocação de trabalhos em boca e aspectos que podem ser beneficiados com a melhoria da comunicação MD/TPD.

A informação reunida poderá ser o ponto de partida para uma adaptação da formação de MD e TPD nesta vertente do trabalho conjunto, aperfeiçoando o modo como é estabelecida a comunicação entre as duas partes.

**Palavras-chave:** comunicação, médico dentista, prótese fixa, prótese removível, reabilitação oral, técnico de prótese dentária.

## **Abstract**

The aim of this cross-sectional study was to obtain information on the perceived communication between clinician and dental technician, as well as to assess aspect for improvement. Participants were dentists and dental technicians, working in Portugal on the oral rehabilitation field.

Two similar questionnaires were developed, one to be applied to clinicians and another to apply to technicians. Upon being filled out anonymously, either online or in person, the resulting data was analyzed and discussion was made on personal and professional characterization, also on communicational aspects relevant when using removal or fixed prostheses on patient rehabilitation.

Relevant discrepancies between each group's perceived quality of communication were found, namely regarding the information included in the orders, frequency of contact between the two groups of professionals to clarify information, patient observation by the technician and impression quality. Both groups agreed on the increasing relevance on photographic record use, preference on phone communication, need for group discussion over treatment planning, laboratory patient observation for color selection, impression material choice, relevant aspects for final decision on prostheses placement and finally on need for improvement on the level of communication.

The gathered information can potentially serve for relevant adaptation on oral rehabilitation professionals communication as well as a basis for improvement on the academic curricula applied to teach this subjects to both groups, perfecting this pivotal aspect of their teamwork.

**Keywords:** communication, dentist, fixed prosthodontics, removable prosthodontics, questionnaire, survey, oral rehabilitation, dental technician

## **Agradecimentos**

*À minha família.*

Ao meu orientador, o Professor Doutor João Carlos Roque e à Dr.<sup>a</sup> Mónica Amorim, por todo o apoio prestado na organização desta dissertação.

# Índice

<b>I. Introdução.....</b>	<b>1</b>
1.1 Considerações sobre protodontia fixa.....	1
1.2 Considerações sobre protodontia removível .....	2
1.3 Considerações legais.....	3
1.4 Comunicação entre a equipa MD-TPD .....	4
1.5 Considerações sobre a construção e aplicação de questionários .....	5
<b>II. Objectivos.....</b>	<b>8</b>
<b>III. Materiais e Métodos .....</b>	<b>9</b>
3.1 Construção dos questionários .....	9
3.1.1 Planeamento dos questionários .....	9
3.1.2 Elaboração dos questionários .....	9
3.1.3 Tipo de escala.....	10
3.1.4 Fase de pré-teste e aplicação .....	10
3.1.5 Análise estatística.....	11
<b>IV. Resultados .....</b>	<b>12</b>
4.1 Caracterização da amostra.....	12
4.1.1 Caracterização pessoal .....	12
4.1.2 Caracterização profissional .....	13
4.2 Análise da comunicação MD-TPD.....	14
4.2.1 Requisição de trabalhos.....	14
4.2.2 Fotografias.....	15
4.2.3 Contacto entre MD e TPD.....	15
4.2.4 Elementos enviados ao laboratório.....	20
4.2.5 Elementos de divergência.....	21
<b>V. Discussão .....</b>	<b>22</b>
5.1 Questionário.....	22
5.2 Caracterização da Amostra.....	22
5.2.1 Caracterização pessoal .....	22
5.2.4 Caracterização profissional .....	24
5.2 Análise da comunicação MD-TPD.....	24
5.2.1 Requisição de trabalhos e registo fotográfico .....	24
5.2.2 Contacto entre MD e TPD.....	25
5.3 Elementos enviados ao laboratório .....	28
5.4 Elementos de divergência.....	29
5.5 Considerações finais.....	29

<b>VI. Conclusão .....</b>	<b>30</b>
<b>VII. Bibliografia .....</b>	<b>31</b>
<b>VIII. Anexos .....</b>	<b>36</b>
8.1 Anexo I – Questionário para Médicos Dentistas .....	37
8.2 Anexo II – Questionário para Técnicos de Prótese .....	46
<b>IX. Apêndices .....</b>	<b>55</b>
9.1 Apêndice I .....	56
9.2 Apêndice II .....	58
9.3 Apêndice III .....	60
9.4 Apêndice IV .....	62
9.5 Apêndice V .....	63
9.6 Apêndice VI .....	65

## **Índice de tabelas**

Caracterização sociodemográfica .....	130
Caracterização profissional .....	14
Requisição de trabalhos .....	14
Contacto quando existem dúvidas por parte dos MD, analisado por prática de docência .....	16
Contacto quando existem dúvidas por parte dos TPD, analisado por prática de docência .....	17
Contacto quando existem dúvidas por parte dos MD, analisado por habilitações académicas ..	18
Contacto quando existem dúvidas por parte dos TPD, analisado por habilitações académicas ..	18

## **Índice de gráficos**

O contacto com o MD/TPD é necessário para esclarecimento de dúvidas: .....	15
O contacto com o TPD é estabelecido pelo MD para discussão do plano de tratamento: .....	15
Há decisão conjunta do plano de tratamento? .....	16
Quando tem dúvidas, como contacta o TPD/MD? .....	16
O TPD desloca-se à clínica para visualização do paciente: .....	19
O paciente desloca-se ao laboratório para visualização pelo TPD: .....	19



## **Lista de Abreviaturas**

MD – médico dentista

PF – prótese fixa

PR – prótese removível

PT – plano de tratamento

PPR – prótese parcial removível

RO – reabilitação oral

SPP – selagem palatina posterior

TPD – técnico de prótese dentária

# **I. Introdução**

O aumento da informação disponível para a sociedade no que diz respeito à saúde oral, reflecte-se numa maior necessidade de propiciar restaurações de qualidade que garantam longevidade e que satisfaçam os requisitos estéticos e funcionais contemporâneos. Com a crescente preservação de peças dentárias naturais, a reabilitação oral (RO) tem actualmente uma maior diversidade de tratamentos, que implicam a necessidade de melhor comunicação e trabalho em equipa entre o Médico Dentista (MD) e o Técnico de Prótese Dentária (TPD) (Jenkins, Lynch, Sloan, & Gilmour, 2009).

Esta realidade é transversal às duas grandes áreas prostodonticas, fixa e removível, sobre as quais este trabalho colocará a sua atenção. Optou-se por não abordar itens específicos da área da implantologia, uma vez que a sequência de planeamento e realização de reabilitações fixas e removíveis sobre implantes obedece aos mesmos princípios da reabilitação não suportada por implantes, nomeadamente no que respeita à obtenção de registos de mordida, materiais de impressão, modelos de trabalho e técnicas utilizadas.

## **1.1 Considerações sobre prostodontia fixa**

A prostodontia fixa (PF) é a área da Medicina Dentária que restaura dentes danificados e substitui dentes ausentes com elementos fixos como coroas, pontes, *inlays* ou *onlays*, conferindo ao paciente conforto e estética. Actualmente estão disponíveis várias opções de reabilitação, bem como diferentes materiais para os elementos protéticos como é o caso de cerâmica, metal, resinas compostas ou resinas acrílicas.

Durante o planeamento de casos a reabilitar com PF, é de importância determinante para o trabalho clínico e laboratorial que se tenha em conta factores biológicos, mecânicos e estéticos (Rosentiel, Land, & Fujimoto, 1988), como a preservação da estrutura dentária, geometria do preparo, integridade marginal (Shillenburg, Hobo, Whitsett, Jacobi, & Brackett, 1998), enquadramento estético, técnica e material a utilizar. O desgaste do preparo é condicionado pelo tipo de restauração a realizar, devendo permitir que o material da infraestrutura e de recobrimento tenham uma espessura adequada de forma a tornar a restauração resistente e durável (Rosentiel et al., 1988). Existem várias opções para a terminação marginal de um preparo, não havendo ainda um consenso acerca de qual será a ideal, no entanto, preconiza-se a eliminação de

terminações metálicas visíveis nas coroas metalo-cerâmicas por motivos estéticos (Rosentiel et al., 1988).

A fiabilidade de uma restauração final depende da fiabilidade do modelo de trabalho, que deve reproduzir de forma adequada os dentes e estruturas associadas (Rhoads, Rudd, & Morrow, 1986).

A forma e cor de uma restauração, devem estar em harmonia com as características faciais, idade e sexo do paciente, sendo também a textura um aspecto importante, ajudando a restauração a integrar-se no ambiente natural (Rhoads et al., 1986).

A falta de informação quanto ao desenho de uma peça protética, pode levar a que durante a sua construção sejam ignorados factores clínicos importantes, tornando o elemento reabilitador prejudicial à saúde dos tecidos adjacentes (Lynch & Allen, 2005; Öwall, Budtz-Jørgensen, & Davenport, 2002; Schwarz & Barsby, 1980). Segundo Goodacre, Bernal, Rungcharassaeng & Kan (2003), as complicações mais frequentes associadas a reabilitações fixas são descimentação, doença periodontal, estética inadequada, patologia pulpar e cárie secundária.

## **1.2 Considerações sobre prostodontia removível**

Na área da PR reabilitam-se pacientes total ou parcialmente edêntulos, recorrendo-se a próteses acrílicas, e no segundo caso, com a utilização de estruturas de suporte metálicas. Para Bergman B. (1987), Öwall et al. (2002) e Tuominen, Ranta & Paunio (1988, 1989), existe evidência científica acerca dos efeitos nocivos de próteses parciais removíveis (PPR) com infraestrutura metálica, no entanto, estes podem ser minimizados estabelecendo um nível de higiene oral aceitável e controlo periodontal antes de iniciar o tratamento, a par de um desenho adequado da estrutura protética. Quando é planeado o desenho da infraestrutura da PPR esquelética, o MD e o TPD devem assegurar-se que os componentes do esqueleto metálico ficam convenientemente afastados da margem gengival. Devem também ser planeados apoios oclusais de modo a transferir as cargas aos dentes pilares (Clark, 1984).

No que respeita à reabilitação de pacientes totalmente edêntulos, as próteses totais devem reproduzir a forma dos tecidos perdidos o mais fielmente possível, para que a sua função esteja em equilíbrio com os tecidos remanescentes (Hickey, Zarb, & Bolender, 1985). Parte da informação necessária para a execução de uma prótese total é obtida

através das impressões e selagem periférica, sendo o seu objectivo permitir que haja estabilidade, retenção e suporte, mantendo a saúde dos tecidos adjacentes (Hickey et al., 1985). A estabilidade e retenção da prótese são determinantes major para o sucesso. A estabilidade refere-se à capacidade da prótese resistir ao deslocamento quando lhe são aplicadas forças horizontais, a retenção refere-se à resistência da prótese ao deslocamento quando são aplicadas forças verticais (Hickey et al., 1985; Jacobson & Krol, 2018). Uma PR total que se desloca facilmente, pode levar à disrupção da selagem periférica, e alterar a forma como esta se relaciona com os tecidos de suporte (Jacobson & Krol, 2018). A estabilidade e retenção são dadas por factores biológicos, como a altura e forma do rebordo edêntulo, elementos anatómicos positivos, controlo neuromuscular, bem como por factores da reabilitação, como a adaptação da base ou harmonia oclusal. Quer a estabilidade, quer a retenção asseguram ao paciente um maior conforto e segurança na utilização da PR. O tratamento de pacientes edêntulos envolve vários problemas biomecânicos que podem ser minimizados quando os elementos clínicos e laboratoriais são correctamente obtidos e a informação devidamente transmitida entre a equipa.

### **1.3 Considerações legais**

De acordo com a classificação de dispositivos médicos da União Europeia, todos os tipos de próteses dentárias são abrangidos pela definição de dispositivos médicos, e inserem-se especificamente na categoria de dispositivos feitos por medida:

- Dispositivo médico: *“qualquer instrumento, aparelho, equipamento, material ou outro artigo (...) destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência, estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico (...), cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios.”* (“Directiva 93/42/CEE,” 1993)

- Dispositivo médico feito por medida: *“qualquer dispositivo fabricado especificamente de acordo com a receita escrita de um Médico devidamente qualificado em que, sob a responsabilidade deste, se indiquem características de conceção específicas, e destinado a ser exclusivamente utilizado num doente bem determinado.”* (“Directiva 93/42/CEE,” 1993)

Segundo a mesma Directiva, a colocação no mercado dos dispositivos médicos é da responsabilidade da “*pessoa singular ou coletiva responsável pela conceção, fabrico, acondicionamento e rotulagem de um dispositivo Médico com vista à sua colocação no mercado sob o seu próprio nome, independentemente de as referidas operações serem efetuadas por essa pessoa ou por terceiros por sua conta*” (“Directiva 93/42/CEE,” 1993), devendo o mesmo cumprir os requisitos legais respectivos.

A nível nacional, em 2009 o Infarmed em colaboração com a Ordem dos Médicos Dentistas elaborou um conjunto de “Recomendações Relativas à Utilização de Dispositivos Médicos”, em que se depreende que é da responsabilidade do MD realizar a prescrição de um dispositivo (discriminando as suas características específicas), receber o mesmo acompanhado da declaração de conformidade fornecida pelo fabricante e proceder à adaptação e colocação em função. Por outro lado, o paciente está no direito de solicitar a declaração de conformidade que acompanhou o respectivo dispositivo. Da parte do fabricante, é seu dever respeitar a prescrição e cumprir com as características solicitadas pelo MD, bem como os requisitos legais respectivos, realizar a declaração de conformidade, manter um registo durante pelo menos 5 anos e enviar ao MD o dispositivo requerido, devidamente acondicionado e acompanhado da declaração de conformidade.

#### **1.4 Comunicação entre a equipa MD-TPD**

Comunicar deriva do latim *communicare*, que significa “por em comum”, para que seja estabelecido um entendimento entre as partes envolvidas (Chaveiro, Porto, & Barbosa, 2009).

A comunicação, além de uma das bases estruturais da sociedade (de Oliveira, Celino, & Costa, 2014), é uma ferramenta indispensável em todas as relações, que apenas é efectiva quando a mensagem é recebida com o mesmo sentido com o qual foi transmitida (Schelles, 2008).

Aplicando este conceito a uma equipa de trabalho, a comunicação é algo que está intimamente ligado ao desempenho da mesma (van Riel & Fombrun, 2007), considerando-se como um elemento fundamental para o sucesso (Covello, 1993; Kress, 1988; Mendelson, 2006).

No caso da equipa MD-TPD, a base da comunicação consiste na folha de prescrição/requisição, modelos e registo (Palancha, 2009), podendo ser complementada

com outros esclarecimentos ou elementos como por exemplo encerramento diagnóstico (Jankar & Kale, 2012; Palancha, 2009). Assim, o MD e o TPD formam uma equipa, em que cada uma das partes contribui com conhecimentos clínicos e laboratoriais (Monterrosso, Pereira, & Melo, 2014), de forma a haver sucesso no restabelecimento da estética e função do paciente.

### **1.5 Considerações sobre a construção e aplicação de questionários**

Um questionário é um meio objectivo de recolha de informação acerca do conhecimento, atitudes ou comportamento de uma amostra de indivíduos (Lewis, 1994; Sapsford, 1999; Siniscalco & Auriat, 2005) e quando fiável permite a obtenção de resultados consistentes, quando repetido em diferentes amostras ao longo do tempo (Boynton, 2004). Num questionário standardizado as questões aplicadas, opções de resposta e forma de aplicação são exactamente as mesmas, para todos os participantes, o que aumenta a fiabilidade do mesmo (Boynton, 2004; Siniscalco & Auriat, 2005).

Após a decisão de iniciar um estudo em que a ferramenta de obtenção de dados é um questionário, deve ser investigada a existência de um questionário apto ou adaptável (Siniscalco & Auriat, 2005), caso contrário, poder-se-á iniciar uma nova composição, começando por estabelecer a hipótese a investigar. Segundo Siniscalco & Auriat (2005), uma hipótese de pesquisa consiste numa tentativa de responder a uma questão que se expressa como uma relação entre duas variáveis (dependente e independente).

Depois da definição das variáveis em estudo, segue-se a formulação de questões, que podem ser fechadas, abertas ou de contingência (Siniscalco & Auriat, 2005).

Questões fechadas têm um conjunto de opções, as quais devem ser escolhidas pelo participante (Hill & Hill, 2002; Siniscalco & Auriat, 2005) segundo aquilo que melhor representa o seu ponto de vista, no entanto, este tipo de questão pode introduzir viés, uma vez que força os participantes a escolher de entre várias alternativas, as quais podem não ser compatíveis com a opinião do mesmo (Siniscalco & Auriat, 2005).

Questões abertas requerem uma resposta construída pelo participante (Hill & Hill, 2002) e podem ter como resposta desde um número a um pequeno texto. Estas têm como vantagem permitir ao interveniente expressar livremente as suas ideias, eliminando o efeito de sugestão patente nas questões fechadas (Siniscalco & Auriat, 2005). Por outro lado, as questões abertas tornam a análise mais demorada, sendo recomendável

desenvolver um sistema de categorias para classificar as respostas (Krosnick, 1999; Siniscalco & Auriat, 2005).

Existem ainda as questões de contingência, que se aplicam apenas a subgrupos de participantes. A resposta a este tipo de questão é determinada pela resposta a perguntas filtro, que direcionam o subgrupo em questão (Siniscalco & Auriat, 2005). Quanto à formulação de questões, deve definir-se de forma clara a população a incluir na amostra, de modo a adaptar as mesmas, bem como respectivas opções de resposta (Siniscalco & Auriat, 2005).

Questionários com perguntas abertas e perguntas fechadas são úteis quando se quer obter informação qualitativa complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida pelas outras variáveis (Hill & Hill, 2002). No que respeita à forma de questionar os participantes quando se pretende medir uma opinião ou atitude, segundo Hill & Hill (2002), deve fazer-se de forma neutra, de modo a não forçar uma resposta positiva nem negativa, devendo o conjunto de respostas disponíveis conter respostas positivas e negativas.

Além das perguntas a utilizar na construção do questionário, é também importante definir qual o tipo de resposta mais adequado para cada pergunta, que tipo de escala de medida associar a cada resposta e quais os métodos de análise de dados a utilizar (Hill & Hill, 2002). No caso de questionários longos, que abrangem vários temas ou subtemas, pode ser útil agrupar as perguntas por secções, devendo a primeira abordar as características de cada participante (Hill & Hill, 2002), de forma a descrever a amostra. No que respeita às respostas a recolher, podem usar-se escalas nominais ou ordinais. Escalas nominais consistem em opções de resposta qualitativamente diferentes, enquanto escalas ordinais têm uma ordenação numérica das suas categorias, havendo entre elas uma ordem em que não é possível medir a magnitude das diferenças entre si (Hill & Hill, 2002). Segundo os mesmos autores, além das verdadeiras escalas ordinais de intervalo ou rácio, existem as escalas de avaliação, em que se avalia um só item relativamente a uma variável. Na resposta a questões por escala de avaliação, as opções são na sua maioria por frequência, qualidade ou avaliação, devendo estas ser em número par, uma vez que um conjunto de opções ímpar pode levar à obtenção de resultados pouco representativos, devido à tendência de alguns participantes em dar respostas neutras (Hill & Hill, 2002).

Quando a aplicação de um questionário é feita sem a presença de um aplicador, é recomendável que este seja precedido por um texto introdutório (Boynton, 2004; Siniscalco & Auriat, 2005), com o objectivo de explicar a finalidade do estudo, identificando a organização condutora do mesmo, e assegurar a confidencialidade da informação (Siniscalco & Auriat, 2005). Antes de cada secção de questões ou antes de cada questão, deve haver instruções objetivas de como proceder para responder às mesmas.

Com a construção do questionário concluída, segue-se a fase de teste, que permite identificar problemas éticos, determinar se as questões, hipóteses, extensão do questionário, população alvo e tamanho da amostra são adequados (Diem, 2002; Siniscalco & Auriat, 2005). Nesta fase, devem incluir-se indivíduos semelhantes aos incluídos na amostra final (Diem, 2002).

Actualmente existe literatura baseada em vários estudos acerca da comunicação entre MD e TPD, no entanto, na sua maioria os questionários destinam-se a recolher respostas apenas do TPD (Afsharzand, Rashedi, & Petropoulos, 2006; Al-AlSheikh, 2005; Aquilino & Taylor, 1984; Berry, Nesbit, & Saberi, 2014; Berry, Nesbit, Saberi, & Petridis, 2014; Farah, Dootz, & Mora, G, 1991; Ghoneima, Allam, & Zunt, 2010; Hagiwara et al., 2015; Haj-Ali, Al Quran, & Adel, 2012; Hatzikyriakos, Petridis, Tsiggos, & Sakelariou, 2006; Jenkins et al., 2009; Juszczuk, Clark, & Radford, 2009; Kilfeather, Lynch, Sloan, & Youngson, 2010; Lynch & Allen, 2005; Radhi, Lynch, & Hannigan, 2007; Sui, Wu, Wu, Gao, & Li, 2014; Vieira, 2016), sendo escasso o material dirigido também a MD. Por outro lado, a grande maioria dos estudos já realizados noutros países avalia apenas uma vertente da RO, a reabilitação fixa (Afsharzand et al., 2006; Aquilino & Taylor, 1984; Hatzikyriakos et al., 2006; Jenkins et al., 2009; Rath, Sharpling, & BJ, 2010) ou a reabilitação removível (Ghoneima et al., 2010; Haj-Ali et al., 2012; Kilfeather et al., 2010; Radhi et al., 2007; Schwarz & Barsby, 1980; Vieira, 2016), faltando a abordagem a tópicos importantes para o processo clínico e laboratorial. Ainda em alguns casos, avalia-se apenas parte do processo, como por exemplo impressões (Al-AlSheikh, 2005; Almortadi & Chadwick, 2010; Ghoneima et al., 2010; Kilfeather et al., 2010; Lynch & Allen, 2005; Radhi et al., 2007) ou preenchimento da requisição de trabalhos (Afsharzand et al., 2006; Al-AlSheikh, 2005; Jenkins et al., 2009; Lynch & Allen, 2005; Sui et al., 2014). Optou-se portanto pela construção de um novo questionário (Anexo I – questionário para MD, Anexo II – questionário para TPD).



## **II. Objectivos**

Este estudo pretende analisar a comunicação entre TPD e MD no processo de planeamento e realização de RO fixas e removíveis, centrando-se nos seguintes objectivos:

Identificar quais os meios de comunicação mais utilizados entre MD e TPD.

Identificar quais os passos do processo clínico e laboratorial em que a comunicação de elementos objetivos mais vezes falha na reabilitação com PF e PR.

Identificar se há contribuição do TPD no processo de decisão do plano de tratamento.

Identificar quais os aspectos que ambas as classes de profissionais pensam que poderiam ser optimizados com a melhoria da comunicação entre MD e TPD.

### **III. Materiais e Métodos**

O estudo apresentado visou obter informações sobre a comunicação entre MD e TPD, bem como sobre a percepção de cada grupo de profissionais acerca dos elementos que poderiam ser melhorados.

Este é um estudo transversal, que tem como base as informações prestadas pelos indivíduos a exercer medicina dentária e prótese dentária em Portugal, na área da RO.

#### **3.1 Construção dos questionários**

##### **3.1.1 Planeamento dos questionários**

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, nos meses de Outubro e Novembro de 2016, utilizando a base de dados de literatura internacional *MEDLINE*, com o objectivo de verificar a existência de questionários válidos e aplicáveis aos objectivos em estudo. Os resultados obtidos restringiram-se unicamente a artigos em inglês, disponíveis na versão completa, acessíveis na biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, e que incluíssem estudos transversais relevantes tendo-se considerado no final 21 artigos. A partir do levantamento de variáveis, e por não ter sido encontrado um instrumento de recolha de dados que pudesse ser adaptado para o presente estudo, optou-se pela criação de dois questionários semelhantes, um adaptado a MD (Anexo I), e outro adaptado TPD (Anexo II), ambos capazes de uma recolha de informação sistematizada. A análise dos questionários patentes em cada um dos 21 estudos serviu assim como diagnóstico, fornecendo indicadores e variáveis para a construção de novos instrumentos.

##### **3.1.2 Elaboração dos questionários**

Os questionários são precedidos por um bloco de instruções introdutório e dividem-se em duas partes: Parte I (12 questões) - dados pessoais e profissionais, necessários para a caracterização da população; Parte II (19 questões) - meios de comunicação utilizados entre o MD e o TPD, elementos enviados ao laboratório e opinião acerca dos pontos que apresentam maior grau de indefinição/divergência na comunicação entre os dois grupos.

As questões incluídas na Parte II foram definidas com base nos meios genéricos de comunicação entre a equipa, meios de comunicação específicos de cada área da RO

(como impressões, registos ou fotografias intra-orais) e opinião dos participantes acerca dos aspectos a melhorar na comunicação entre MD e TPD. As perguntas elaboradas para cada uma das secções tiveram em conta elementos chave clínicos e laboratoriais no processo de realização de uma RO.

### **3.1.3 Tipo de escala**

Na Parte I, em que se caracteriza a população em estudo, foi usada uma escala nominal. Na Parte II, em que são abordados os meios de comunicação entre a equipa foi utilizada escala nominal para determinadas questões, mas também escala ordinal de avaliação composta por quatro níveis: 1- Nunca, 2 – Algumas vezes, 3 – Bastantes vezes, 4 – Sempre. Optou-se por não haver uma resposta neutra de forma a obter uma indicação de frequência concreta. Optou-se ainda em alguns tópicos pela utilização de resposta aberta para que os participantes pudessem melhor expressar a sua opinião em relação aos aspectos em estudo.

### **3.1.4 Fase de teste e aplicação**

Os questionários foram submetidos a uma fase de teste de modo a avaliar a clareza das instruções, e a coerência dos itens. Aplicaram-se os respectivos questionários a 5 MD e 5 TPD, tendo desta análise resultado alterações à formulação e disposição de algumas questões, bem como a inclusão ou agrupamento de opções de resposta nas questões de resposta múltipla.

Actualmente existem em Portugal 9271 MD (Ordem dos Médicos Dentistas & Observatório Saúde Oral, 2017), e 768 TPD com cédula profissional ou autorização de trabalho (ACSS & SNS, 2017).

De modo a chegar ao maior número de indivíduos possível, os questionários anónimos foram distribuídos presencialmente a 39 indivíduos e divulgados *online* via fóruns da área da medicina dentária nas redes sociais. Os indivíduos que receberam presencialmente o questionário, foram instruídos para não o preencher *online* posteriormente.

Obtiveram-se respostas a 243 questionários, dos quais se excluíram 12 por não estarem devidamente preenchidos, sendo a amostra final de 231 inquiridos – 117 MD, 114 TPD.

### 3.1.5 Análise estatística

A análise descritiva dos resultados incluiu contagens e percentagens para as categorias de cada uma das variáveis, e respetivas representações gráficas, para MD e TPD separadamente. A realização de comunicação telefónica, escrita e presencial com o TPD foi comparada entre MD com e sem prática docência, com recurso ao teste de Qui-Quadrado ou teste exacto de *Fisher* quando adequado. A mesma comparação foi repetida para os TPD relativamente à sua comunicação com os MD. Adicionalmente, a realização de comunicação telefónica, escrita e presencial com o TPD foi comparada entre MD com diferentes habilitações académicas, com recurso ao teste de Qui-Quadrado ou teste Exacto de *Fisher* quando indicado. De igual forma, esta comparação foi repetida para os TPD. Quando se verificou a existência de células com valores esperados inferiores a 5 indivíduos (proporção nula) nas tabelas de dimensões superiores a 2x2, não foi possível realizar o teste Exacto de *Fisher*, considerando-se nestas circunstâncias os resultados do teste Qui-quadrado.

Após extracção dos dados, a análise estatística e representações gráficas foram realizadas com recurso ao *software SPSS 25* (IBM, Armonk, NY, USA), com nível de significância estabelecido a 0,05.

## **IV. Resultados**

A apresentação de resultados terá como linha orientadora a disposição de tópicos presentes no questionário utilizado. Em primeiro lugar apresentam-se elementos de caracterização da população (dados pessoais e profissionais) e em segundo, elementos de comunicação entre MD e TPD (e vice versa).

No seguimento da apresentação de resultados, na questão 14 devido à extensão da tabela obtida, apresentam-se apenas as alíneas com maior percentagem de respostas. Relativamente às questões 19, 21, 30 e 31, dada a multiplicidade de respostas obtidas, não foi possível cruzar os dados para proceder à sua análise estatística, optando-se por apenas apresentar as respostas com percentagens mais elevadas. Optou-se ainda pela omissão das questões 24, 25 e 29, uma vez que os dados obtidos não foram determinantes para o decorrer da análise de resultados.

### **4.1 Caracterização da amostra**

#### **4.1.1 Caracterização pessoal**

Os dados sócio demográficos do inquérito, expressos em percentagem com referência ao número de indivíduos em cada categoria, encontram-se descritos na Tabela 1.

Obteve-se ainda informação referente à área de residência e cursos de formação na área da RO de cada participante. Verificou-se que 90,6% dos MD e 82,5% dos TPD residem na mesma área geográfica em que trabalham, e que para ambos os grupos, a percentagem de indivíduos com pelo menos um curso não conducente a grau na área da RO é de 44,4% e 42,1% respectivamente. Por não se tornarem relevantes para a investigação, optou-se por disponibilizar este conjunto de dados em anexo (Apêndice I).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da população

		n (%)	
<b>Género</b>		<b>MD</b>	<b>TPD</b>
	Feminino	68 (58,1)	74 (64,9)
	Masculino	49 (41,9)	40 (35,1)
<b>Idade</b>			
	21 a 30	57 (48,7)	63 (55,3)
	31 a 40	34 (29,1)	31 (27,2)
	41 a 50	22 (18,8)	17 (14,9)
	51 a 60	4 ( 3,4)	2 ( 1,8)
	Mais de 60	0 ( 0,0)	1 ( 0,9)
<b>Área onde trabalha</b>			
	Norte	14 (12,0)	15 (13,2)
	Distrito do Porto	13 (11,1)	11 ( 9,6)
	Centro	20 (17,1)	19 (16,7)
	Distrito de Lisboa	58 (49,6)	56 (49,1)
	Sul	10 ( 8,5)	10 ( 8,8)
	Ilhas	2 ( 1,7)	3 ( 2,6)
<b>Habilitações académicas</b>			
	Licenciatura	32 (27,3)	99 (86,8)
	Mestrado	82 (70,1)	4 ( 3,5)
	Doutoramento	3 ( 2,6)	0 ( 0,0)
	Bacharelato	0 ( 0,0)	7 ( 6,1)
	Curso profissional	0 ( 0,0)	3 ( 2,6)
	Sem formação académica	0 ( 0,0)	1 ( 0,9)

#### 4.1.2 Caracterização profissional

Os dados referentes ao tempo de experiência, situação profissional (trabalho por conta própria ou de outrem e regime de exclusividade) e experiência de docência encontram-se expressos na Tabela 2.

**Tabela 2.** Caracterização profissional

	n (%)	
<b>Tempo de experiência:</b>	<b>MD</b>	<b>TPD</b>
0 a 5 anos	41 (35,0)	40 (35,1)
5 a 10 anos	37 (31,6)	42 (36,8)
10 a 20 anos	34 (29,1)	23 (20,2)
20 a 30 anos	3 ( 2,6)	7 ( 6,1)
Mais de 30 anos	2 ( 1,7)	2 ( 1,8)
<b>Actualmente trabalha:</b>		
Por conta própria	28 (23,9)	25 (21,9)
Por conta de outrem	71 (60,7)	85 (74,6)
Por conta própria e de outrem	18 (15,4)	4 ( 3,5)
<b>Regime de exclusividade:</b>		
Não	70 (59,8)	15 (13,2)
Sim	47 (40,2)	99 (86,8)
<b>Prática de docência:</b>		
Não	80 (68,4)	89 (78,1)
Sim	37 (31,6)	25 (21,9)

## 4.2 Análise da comunicação MD/TPD

### 4.2.1 Requisição de trabalhos

**Tabela 3.** Relativamente às requisições:

	<b>MD</b>	<b>TPD</b>
São preenchidas na totalidade	78,1% - Bastantes vezes	58,8% - Algumas vezes
Indicam a idade do paciente	41,9% - Bastantes vezes	54,4% - Algumas vezes
Indicam a forma dos dentes	47% - Bastantes vezes	54,4% - Nunca
Indicam a classe de <i>Angle</i> para montagem de próteses totais	55,6% - Nunca	68,4% - Nunca
Indicam o desenho do esqueleto metálico	44,4% - Nunca	58,8% - Nunca
Indicam o desenho da infraestrutura para prótese fixa	48,7% - Nunca	75,4% - Nunca
Indicam o tipo de material cerâmico	70,9% - Bastantes vezes	42,1% - Algumas vezes
Têm diagrama de cores para estratificação	52,1% - Bastantes vezes	55,3% - Algumas vezes
São acompanhadas por registo fotográfico	61,5% - Bastantes vezes	61,4% - Algumas vezes

Na análise do tipo de formulário utilizado na requisição de trabalhos laboratoriais, 83,1% da amostra responderam que o formulário do laboratório é o mais utilizado (Apêndice II).

Relativamente às requisições, encontram-se na Tabela 3 as respostas com percentagens mais elevadas, e em anexo a tabela com todas as percentagens (Apêndice III).

#### 4.2.2 Fotografias

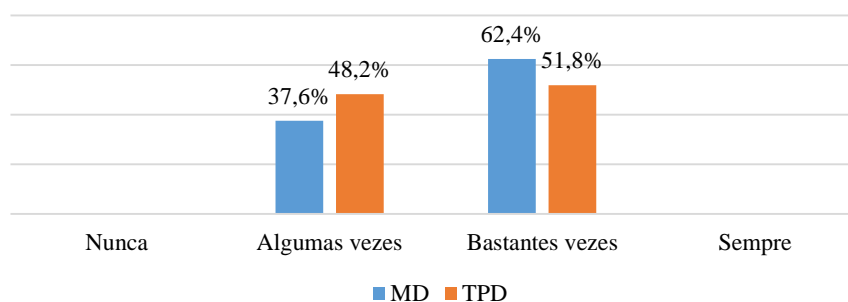
Acerca das fotografias enviadas com as requisições laboratoriais, 45,3% dos MD respondeu que a sua obtenção é feita com recurso a máquina fotográfica. Quanto às fotografias recebidas pelos TPD, 40,4% respondeu que são obtidas com máquina fotográfica ou telemóvel (Apêndice IV). Quando questionados quantas cores da escala são dadas no registo fotográfico para avaliação da cor, 70,9% dos MD e 51,8% dos TPD respondeu “Mais do que 1” (Apêndice IV).

#### 4.2.3 Contacto entre MD e TPD

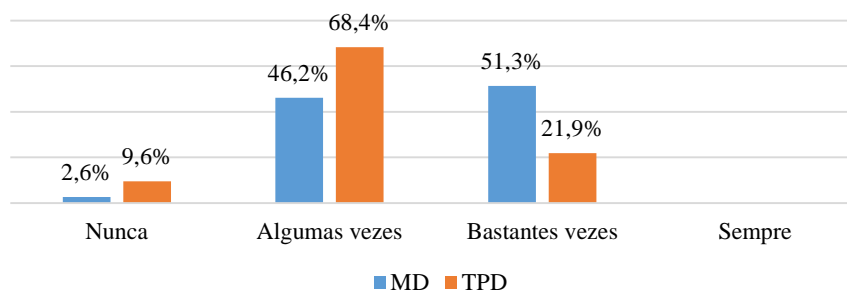
Relativamente ao contacto necessário entre os dois grupos profissionais para esclarecimento de dúvidas, os resultados encontram-se descritos no Gráfico 1.

Quanto ao contacto do TPD pelo MD para discussão do plano de tratamento, apresenta-se a descrição dos resultados obtidos no Gráfico 2.

**Gráfico 1** - O contacto com o MD/TPD é necessário para esclarecimento de dúvidas:



**Gráfico 2** - O contacto com o TPD é estabelecido pelo MD para discussão do plano de tratamento:

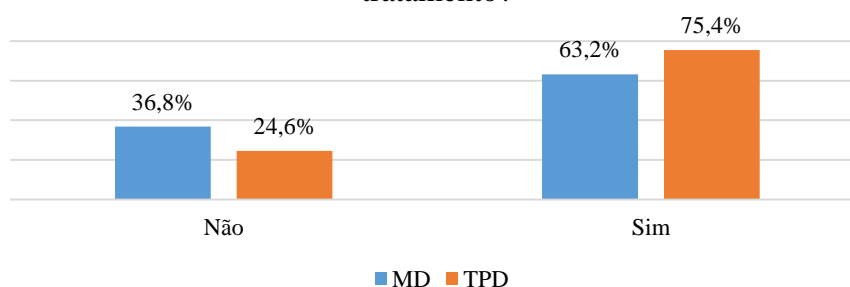




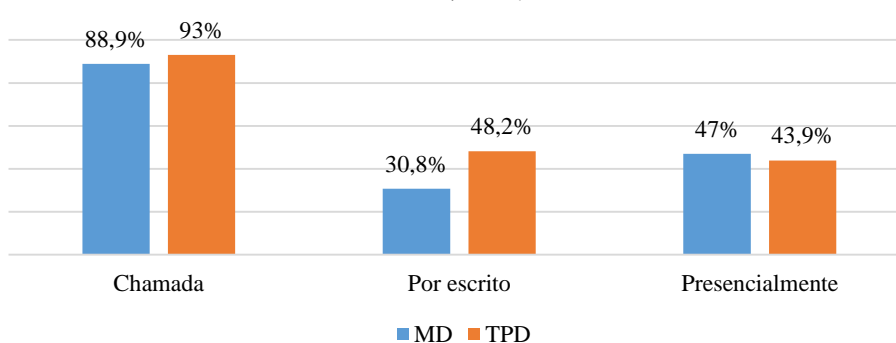
Relativamente à decisão conjunta do PT, os dados obtidos apresentam-se no Gráfico 3.

Os dados referentes à forma como é estabelecido o contacto entre os dois grupos apresentam-se no Gráfico 4.

**Gráfico 3 - Há decisão conjunta do plano de tratamento?**



**Gráfico 4 - Quando tem dúvidas, como contacta o TPD/MD?**



**Tabela 4.** Contacto telefónico, escrito e presencial, quando existem dúvidas nas requisições por parte dos MD, analisado por prática de docência.

[MD] Quando tem dúvidas nas requisições:		Tem prática de docência?		Valor de p
		Não	Sim	
contacta o TPD por chamada?	Não	5 ( 6,3%)	8 (21,6%)	0,024
	Sim	75 (93,8%)	29 (78,4%)	
contacta o TPD por escrito? (e-mail/mensagem)	Não	59 (73,8%)	22 (59,5%)	0,119
	Sim	21 (26,3%)	15 (40,5%)	
contacta o TPD presencialmente?	Não	44 (55,0%)	18 (48,6%)	0,522
	Sim	36 (45,0%)	19 (51,4%)	

Analisou-se individualmente para cada grupo qual o meio de comunicação preferencial e a sua correlação com a prática de docência e habilitações académicas. Os dados referentes aos MD encontram-se na Tabela 4, estando disponíveis em gráfico no Apêndice V.

De acordo com a análise estatística, a comunicação por chamada telefónica do MD para o TPD para esclarecimento de dúvidas acerca das requisições, é significativamente menos frequente ( $p = 0,024$ ) nos médicos com prática de docência em relação aos não docentes (78,4% vs 93,8%). Apesar de esta ter sido a única associação significativa entre o tipo de comunicação e prática de docência nos MD, podemos ainda observar que o contacto por escrito (*e-mail*/mensagem) é mais frequente (40,5% vs 26,3%) nos MD com prática de docência.

Na Tabela 5 apresentam-se dos dados referentes aos testes estatísticos realizados para a verificação de associação entre a forma de contacto e a prática de docência em TPD (também disponíveis em gráfico no Apêndice V).

**Tabela 5.** Contacto telefónico, escrito e presencial, quando existem dúvidas nas requisições por parte dos TPD, analisado por prática de docência.

[TPD] Quando tem dúvidas nas requisições:		Tem prática de docência?		Valor de p
		Não	Sim	
contacta o MD por chamada?	Não	6 ( 6,7%)	2 ( 8,0%)	1,000
	Sim	83 (93,3%)	23 (92,0%)	
contacta o MD por escrito (e-mail/mensagem)?	Não	46 (51,7%)	13 (52,0%)	0,978
	Sim	43 (48,3%)	12 (48,0%)	
contacta o MD presencialmente?	Não	50 (56,2%)	14 (56,0%)	0,987
	Sim	39 (43,8%)	11 (44,0%)	

Quando a comunicação para esclarecimento de dúvidas é efetuada em direção oposta, ou seja do TPD para o MD, não existe qualquer associação estatisticamente significativa entre a docência e os meios de comunicação ( $p > 0,05$ ).

Para a comparação da comunicação entre categorias de habilitações académicas, nos MD, optou-se por agrupar as categorias Mestrado e Doutoramento, uma vez que nesta última a proporção de casos não permite comparação entre as três categorias inicialmente propostas. Na Tabela 6 apresentam-se os dados referentes aos testes estatísticos realizados

para aferir a existência de associação entre a forma de estabelecer contacto e as habilitações académicas dos MD (dados disponíveis em gráfico no Apêndice V).

**Tabela 6.** Contacto telefónico, escrito e presencial, quando existem dúvidas nas requisições por parte dos MD, analisado por habilitações académicas.

[MD] Quando tem dúvidas nas requisições:		Habilitações académicas		Valor de p
		Licenciatura	Mestrado ou Doutoramento	
contacta o TPD por chamada?	Não	4 (12,5%)	9 (10,6%)	0,679
	Sim	28 (87,5%)	76 (89,4%)	
contacta o TPD por escrito (e-mail/mensagem)?	Não	23 (71,9%)	58 (68,2%)	0,704
	Sim	9 (28,1%)	27 (31,8%)	
contacta o TPD presencialmente?	Não	18 (56,3%)	44 (51,8%)	0,665
	Sim	14 (43,8%)	41 (48,2%)	

De acordo com os testes realizados, não houve qualquer associação, uma vez que o valor de p foi superior a 0,05.

Na comparação da comunicação entre as várias habilitações académicas nos TPD, optou-se por agrupar as categorias Bacharelato e Curso Profissional, bem como por eliminar o único caso sem formação académica, dado que a proporção de casos não permite comparação entre categorias iniciais. Os dados apresentam-se na Tabela 7, e em gráfico, no Apêndice V.

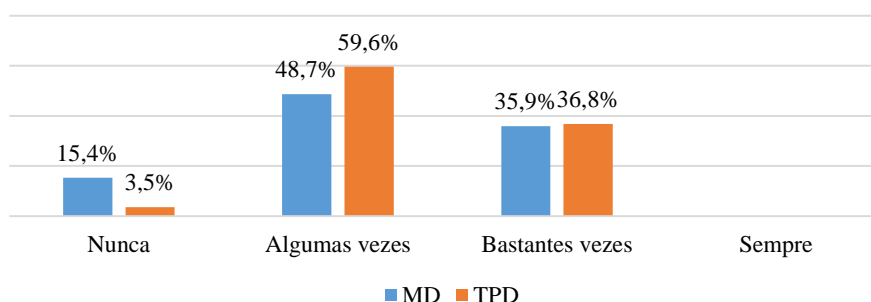
**Tabela 7.** Contacto telefónico, escrito e presencial quando há dúvidas nas requisições por parte dos TPD, analisado por grau de habilitações académicas

[TPD] Quando tem dúvidas nas requisições:		Habilitações académicas			Valor de p
		Licenciatura	Mestrado	Bacharelato ou curso profissional	
contacta o MD por chamada?	Não	7 (7,10%)	1 (25,0%)	0 ( 0%)	0,257
	Sim	92 (92,9%)	3 (75,0%)	10 (100%)	
contacta o MD por escrito (e-mail/mensagem)?	Não	47 (47,5%)	3 (75,0%)	8 (80,0%)	0,092
	Sim	52 (52,5%)	1 (25,0%)	2 (20,0%)	
contacta o MD presencialmente?	Não	55 (55,6%)	2 (50,0%)	6 (60,0%)	0,938
	Sim	44 (44,4%)	2 (50,0%)	4 (40,0%)	

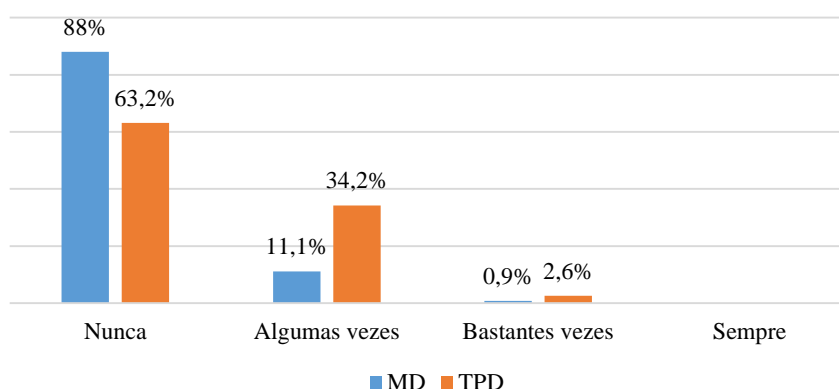
Após a realização dos testes estatísticos, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) no que toca à realização de contacto telefónico, escrito ou presencial entre TPD com diferente grau de habilitação académica ( $p = 0,257$ ;  $p = 0,092$ ;  $p = 0,938$ ).

Os resultados das questões acerca da visualização presencial do paciente pelo TPD na clínica e no laboratório apresentam-se nos Gráficos 5 e 6.

**Gráfico 5 - O TPD desloca-se à clínica para visualização do paciente**



**Gráfico 6 - O paciente desloca-se ao laboratório para visualização pelo TPD**



Relativamente às questões 19 e 21, respectivamente acerca do que é discutido quando há contacto a propósito do plano de tratamento e em que circunstâncias é necessário o TPD visualizar presencialmente as características do paciente, não foi possível cruzar os dados de forma viável dada a multiplicidade das respostas obtidas. Acerca do que é discutido quando há contacto a propósito do plano de tratamento, as maiores percentagens de resposta dos MD registaram-se para “Posição dos dentes, Anatomia dentária, Materiais” (9,4%) e dos TPD para “Decisão conjunta do plano de tratamento” (14,0%). Sobre as circunstâncias em que é necessário o TPD ver o paciente,

10,3% dos MD e 12,3% dos TPD responderam: “Escolha de cor, Visualização de características morfológicas, Visualização de *mock-ups* em boca, Reabilitação em zonas estéticas e Prova de dentes”.

#### **4.2.4 Elementos enviados ao laboratório**

Relativamente às impressões em PR, a maioria dos inquiridos afirmou que o material utilizado é o recomendado “Bastantes vezes”, com uma percentagem de repostas de 96,6% para os MD e 72,8% para os TPD, e que para prótese total são realizadas com moldeira individual “Bastantes vezes” (82,1% MD, 52,6% TPD). Quanto aos modelos de trabalho para PR e respectiva selagem palatina posterior (SPP), a opinião do grupo dos MD divide-se, havendo 37,6% que afirma fazê-la “Algumas vezes” e 35,0% que respondeu “Bastantes vezes”. Na mesma questão, 50% dos TPD afirma que o MD “Nunca” faz SPP na clínica. Questionou-se ainda se o MD quando não faz SPP pede ao TPD para a fazer no modelo, ao que 37,6% dos MD responderam “Algumas vezes” e 49,1% dos TPD “Nunca”.

Relativamente aos principais problemas encontrados nas impressões e reportados ao MD pelo TPD, 15,4% dos MD refere-se a “Bolhas” e 14,5% a “Arrastamento”. Quando questionados os TPD directamente, o problema mais vezes referido foi uma combinação de “Impressões não desinfectadas, Distorção, Bolhas, Rasgamento/descolamento, Descontinuidade do material e Arrastamento”, que registou 14,9% das respostas. Dada a multiplicidade de respostas obtidas, apenas foi possível fazer uma estatística descritiva da qual se extraíram as maiores percentagens.

No que diz respeito a registos em PR, a maioria dos participantes de ambos os grupos afirmou que a base do bloco de oclusão é estabilizada “Bastantes vezes”, sendo a percentagem de respostas de 64,1% para MD e de 49,1% para TPD. Quando questionados acerca das circunstâncias em que enviam/recebem registos com arco facial, houve uma percentagem de 57,3% de MD e 57,0% de TPD que nunca o faz/recebe.

Relativamente à área da PF, quando questionados acerca de quais os principais problemas reportados pelo TPD relativamente aos preparos enviados, 11,1% dos MD refere “Dificuldade em expor a margem” e 23,9% “Falta de espaço para o material de recobrimento”. Para os TPD directamente questionados sobre o mesmo tema, a maior percentagem de respostas (14,9%) refere-se a uma combinação de “Convergência excessiva ou insuficiente, Anatomia não preservada, Inexistência de bisel nas cúspides

funcionais, Margem cervical irregular, Dificuldade em expor a margem e Falta de profundidade do limite cervical”. Tal como referido em questões anteriores, a variabilidade de respostas obtidas apenas permitiu aferir qual a maior percentagem, não possibilitando uma análise estatística específica.

Em ambos os grupos de profissionais, quando questionados acerca do tipo de terminação marginal dos preparos dentários mais utilizada, a resposta foi “Chanfro reduzido” para 40,2% dos MD e 40,4% dos TPD.

Os dados referentes aos elementos enviados ao laboratório encontram-se disponíveis no Apêndice VI.

#### **4.2.5 Elementos de divergência**

Nas duas últimas perguntas do questionário, não foi possível fazer uma análise estatística detalhada, apresentam-se por isso as percentagens mais elevadas. Quando questionados sobre os aspectos que mais vezes levam à não colocação de um trabalho em boca os MD referiram como principais motivos a cor (6,8%), oclusão (6,8%), adaptação (6%) e discrepância do trabalho no modelo e em boca (5,1%). As maiores percentagens para os TPD foram adaptação (7,9%), discrepância do trabalho no modelo e em boca (7,9%) e cor (6,1%). Relativamente aos aspectos que os inquiridos pensam poder ser aperfeiçoados com a melhoria da comunicação MD-TPD, o grupo dos MD teve como percentagens mais elevadas “Cor, Enquadramento estético e Oclusão” (24,8%), “Cor e Enquadramento estético” (17,9%), “Oclusão e Enquadramento estético” (15,4%). No grupo dos TPD, a maior taxa de resposta registou-se para “Cor, Enquadramento estético e Oclusão” (28,9%), “Enquadramento estético” (15,8%) e com 14% “Cor e Oclusão” e “Enquadramento estético e Oclusão”.

## **V. Discussão**

### **5.1 Questionário**

Dada a disparidade dos estudos com recurso a questionário encontrados na pesquisa inicial (Afsharzand et al., 2006; Aquilino & Taylor, 1984; Berry, Nesbit, & Saberi, 2014; Berry, Nesbit, Saberi, et al., 2014; Farah et al., 1991; Hagiwara et al., 2015; Haj-Ali et al., 2012; Hatzikyriakos et al., 2006; Jenkins et al., 2009; Juszczuk et al., 2009; Kilfeather et al., 2010; Parry, Evans, & Cameron, 2014; Radhi et al., 2007; Rath et al., 2010; Schwarz & Barsby, 1980; Sui et al., 2014; Vieira, 2016), direccionados apenas para TPD, e que não continham questões que entendemos relevantes, e por isso não correspondiam ao objectivo desta investigação, optou-se por criar um novo instrumento de avaliação.

De um modo geral, o questionário criado foi suficiente para caracterizar a população em estudo, relativamente a dados pessoais, académicos e profissionais (Parte I). Relativamente à Parte II, em que é abordada a temática da comunicação MD-TPD propriamente dita, a existência de perguntas de resposta aberta tornou inviável a análise estatística da totalidade das mesmas. Nestes casos seleccionaram-se as questões que se consideraram relevantes para conhecer a forma como é estabelecida a comunicação e quais os principais problemas encontrados nos elementos necessários ao trabalho da equipa. Destas perguntas, obtivemos uma combinação de variáveis convertida numa escala numérica, de forma a poder analisar aspectos fundamentais para o cumprimento dos objectivos do estudo. Sugere-se assim, uma reformulação de tais questões e respectivas opções de resposta, de forma a possibilitar uma análise menos exaustiva em utilizações futuras do instrumento de estudo.

### **5.2 Caracterização da Amostra**

#### **5.2.1 Caracterização pessoal**

A amostra teve para ambos os grupos de profissionais uma percentagem superior de participantes do sexo feminino (58,1% MD e 64,9% TPD), o que é comptível com um maior número de diplomados do sexo feminino no ensino superior universitário na área da saúde (9718 mulheres, para 3036 homens em 2016, sendo a tendência crescente desde 1994) (DGEEC/MEd - MCTES & PORDATA, 2017a, 2017b)).

As maiores taxas de resposta corresponderam à faixa etária entre os 21 e os 30 anos, sendo a segunda maior taxa de resposta da faixa entre os 31 a 40 anos. Do facto de se ter registado um maior número de participantes com idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos, poderá extrapolar-se uma relação com a disponibilização dos questionários *online*, uma vez que são as camadas mais jovens os maiores utilizadores da *internet*. A média de utilização na faixa etária entre os 16 e os 44 anos é de 89,7% dos indivíduos, com um decréscimo para 65,7% entre os 45 e os 54 anos, mantendo-se a tendência para diminuir nas faixas etárias seguintes (INE & PORDATA, 2018).

A distribuição de locais de trabalho por área geográfica foi equilibrada, registando-se no entanto maior prevalência de indivíduos a exercer no Distrito de Lisboa e Região Centro. Quando se analisa a deslocação de cada grupo de profissionais para o seu local de trabalho, registou-se uma maior percentagem de MD que trabalham na sua área de residência, relativamente aos TPD. Apesar de não haver dados estatísticos com evidência para tal, a percepção de que os MD fazem maiores deslocações até aos seus postos de trabalho permanece entre a população de estudantes e recém formados, no entanto, esta ideia é contrariada pelos resultados obtidos.

No respeitante às habilitações académicas dos participantes, registou-se para os MD uma maior percentagem de respostas de indivíduos com mestrado (70,7%), o que é compatível com as faixas etárias com maior participação (dos 21 aos 40 anos), e que correspondem a indivíduos formados já com Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Ainda quanto às habilitações dos TPD, registou-se a resposta de um participante sem formação académica (0,9%), que apesar da pouca significância para o estudo, reflecte a existência de uma franja de profissionais activos mas sem formação académica. Quando questionados acerca de outros cursos de formação na área da RO, registou-se uma maior prevalência de pós-graduações realizadas por MD (33,3%) relativamente aos TPD (4,4%). Esta disparidade poderá estar relacionada com uma maior oferta de formação pós-graduada para MD, e menor para TPD, ou ainda com a necessidade sentida por cada grupo de profissionais, influenciada pela sua formação base ser mais ou menos completa, criando a necessidade de obter mais competências técnicas. No respeitante à obtenção de cursos de formação não conducente a grau, 22,2% dos MD e 28,9% dos TPD respondeu não ter nenhum. As percentagens registadas aproximam-se dos 30% para os dois grupos, o que é significativo para a amostra obtida e extrapolando para um universo de profissionais a nível nacional.



#### **5.2.4 Caracterização profissional**

A distribuição da amostra pelo tempo de experiência profissional foi equilibrada até aos 20 anos (percentagens compreendidas entre os 29,1% e os 35% para MD e entre os 20,2% e os 36,8% para TPD), a partir de onde tende para a obtenção de um menor número de respostas. Este decréscimo pode associar-se ao factor faixa etária, que como referido anteriormente pode ter influência na percentagem de utilizadores da *internet* (INE & PORDATA, 2018).

A tipologia de trabalho por conta própria vs por conta de outrem surge nos resultados de forma equilibrada entre os dois grupos, no entanto, pode notar-se uma mudança do paradigma dos MD, uma vez que há uma tendência para o aumento daqueles que trabalham por conta de outrem (60,7%). Esta alteração na tipologia de emprego respeitante aos MD, pode dever-se ao aumento de profissionais, que torna maior a concorrência e os desafios face à abertura de um espaço próprio. Também a percentagem de TPD a trabalhar por conta de outrem é superior (74,6%), o que poderá associar-se ao aumento não só de laboratórios de prótese, como também ao seu tamanho e especialização nas diferentes áreas da RO, levando à necessidade de contratar mais TPD.

A distribuição de participantes com prática de docência foi equilibrada entre MD e TPD (31,6% e 21,9%, respectivamente), o que foi relevante para a análise estatística, de forma a eliminar viés nas questões de comparação entre os dois grupos.

### **5.2 Análise da comunicação MD-TPD**

#### **5.2.1 Requisição de trabalhos e registo fotográfico**

Relativamente à requisição de trabalhos, os dados recolhidos entre os dois grupos de profissionais indicaram que é maioritariamente feita através de formulários do laboratório, o que é positivo, uma vez que assim o TPD pode pedir específica e previamente as informações mais importantes para cada tipo de reabilitação.

Relativamente às requisições enviadas, de um modo geral houve uma apreciação distinta entre MD e TPD no que diz respeito às informações constantes nas mesmas. Pela parte dos clínicos, na grande maioria foi dada a resposta “Bastantes vezes” quando questionados sobre o envio de determinadas informações na ficha de requisição, nomeadamente quanto ao seu preenchimento na totalidade, idade do paciente, forma dos dentes, desenho de estruturas, tipo de material cerâmico, diagrama de cores ou registo

fotográfico. Por outro lado, quando questionados acerca das informações enviadas pelos MD nas requisições, as respostas dadas pelos TPD não correspondem, sendo na sua maioria “Algumas vezes” e “Nunca”. De acordo com estudos realizados por questionário a TPD (Afsharzand et al., 2006; Albashaireh & Alnegrish, 1999; Aquilino & Taylor, 1984; Hagiwara et al., 2015; Haj-Ali et al., 2012; Jenkins et al., 2009; Kilfeather et al., 2010; Kugel, Perry, Ferrari, & P, 2000; Leith, Lowry, & O’Sullivan, 2000; MacEntee & Belser, 1988; Olin, Clay, & Look, 1989; Radhi et al., 2007; Stankiewicz & Wilson, 2000; Sui et al., 2014; Vieira, 2016; Williams & Edmunds, 1981; Winstanley & Carrotte, 1997), a comunicação estabelecida pelo MD tende a ser inadequada, o que vai de encontro aos resultados obtidos, uma vez que o grupo dos técnicos indica uma baixa frequência quanto ao envio de informações essenciais ao trabalho. Esta disparidade de percepções poderá ser devida não só ao modo como é transmitida a informação, como também ao que o TPD considera ser útil para o seu trabalho. Seria benéfico para as duas classes uma clarificação acerca da informação importante para cada uma, de modo a ir de encontro às necessidades de ambos. Segundo Juszczak *et al.* (2009) e Carneiro (2006), os estudantes do pré-graduado não estão suficientemente preparados quanto à forma correcta de estabelecer contacto entre a equipa, e os MD recém-licenciados não têm um adequado entendimento das técnicas laboratoriais, acabando por omitir informações importantes. Ainda quanto à alínea referente aos registos fotográficos que acompanham as requisições, verificou-se uma concordância entre os dois grupos quanto ao aumento da informação fotográfica utilizada, sendo esta na sua maioria obtida com máquina fotográfica, e acompanhada por mais do que uma cor quando se trata de guias para estratificação. Os dados quanto aos registos fotográficos são positivos para o trabalho laboratorial e clínico, contradizendo a literatura encontrada (Hatzikyriakos et al., 2006), em que na maioria dos casos o MD envia apenas uma cor da escala como guia.

### **5.2.2 Contacto entre MD e TPD**

De um modo geral, quando questionados acerca dos meios de comunicação utilizados, a chamada telefónica registou maior número de respostas: 88,9% dos MD e 93% dos TPD. A utilização do telefone é referida no estudo de Afsharzand et al. (2006) como a forma de contacto do TPD para o MD quando as requisições enviadas requerem clarificação. Verificou-se novamente uma maior percentagem de TPD que estabelece contacto, o que pode dever-se a uma maior valorização da comunicação pelos TPD, ou à maior quantidade de MD com que um TPD trabalha quando comparada

com a quantidade de TPD com que um MD trabalha, acabando o TPD por ter sempre uma maior probabilidade de entrar em contacto com o MD. Quando questionados relativamente à frequência do contacto para esclarecimento de dúvidas, ambos os grupos estão de acordo, sendo as respostas com maior percentagem “Bastantes vezes” com 62,4% para MD e 51,8% para TPD, o que corresponde aos resultados de Afsharzand et al. (2006), em que a maioria das requisições requer que o TPD entre em contacto com o MD para obtenção de mais informações.

A questão relativa ao que é discutido quando há contacto entre a equipa MD-TPD permitia aos respondentes assinalar múltiplas respostas, por este motivo não foi possível fazer a sua análise estatística, contudo, a maior percentagem registou-se para "Decisão conjunta do plano de tratamento" com 14,0% das respostas dos TPD e "Posição dos dentes, Anatomia dentária e Materiais" com 9,4% das respostas, para os MD. Devido à possibilidade de combinar múltiplos aspectos numa só resposta, as percentagens registadas foram baixas, e o número de combinações possível foi elevado.

Na questão acerca da frequência dos contactos efectuados pelo MD para discussão do plano de tratamento com o TPD, 51,3% dos MD respondeu que o faz “Bastantes vezes”. Por outro lado, 68,4% dos TPD respondeu que é contactado pelo MD com este objectivo “Algumas vezes”, havendo portanto uma discrepância entre as opiniões dos dois grupos.

No estudo da decisão conjunta do plano de tratamento, 63,2% dos MD e 75,4% dos TPD responderam fazê-lo. A percentagem superior de TPD pode ser indicadora de uma maior valorização da opinião do MD pelo TPD. Sendo a quantidade de MD com que um TPD trabalha superior à quantidade de TPD com que um MD trabalha, a percentagem superior de TPD pode também dever-se a este rácio ser maior. De um modo geral, 69,3% dos inquiridos responderam que há decisão conjunta do plano de tratamento o que demonstra haver uma percentagem de colaboração razoável entre as duas partes da equipa. Este resultado indicativo de uma boa articulação de conhecimentos entre as duas áreas poderá estar associado com uma melhoria da conjugação de conhecimentos entre ambas as partes, e que por sua vez conduz a que se estabeleça uma relação de confiança mútua. Isto poder-se-á associar ao facto de haver em Portugal instituições de ensino superior que ministram os dois ciclos de estudo em simultâneo, criando condições de entendimento entre os alunos das duas áreas, que mais tarde se traduzem na sua vida profissional.

De acordo com os testes estatísticos realizados, na avaliação da associação comunicação *vs* experiência de docência, verificou-se que o esclarecimento de dúvidas por chamada telefónica é significativamente menos frequente nos MD com prática de docência e que o contacto por escrito e presencial é mais frequente. Tendo em conta que MD docentes têm um contacto regular com informação escrita, quer como receptores, quer como emissores, podemos a partir dos dados obtidos extrapolar que a sua preferência por estabelecer contacto escrito se deve a um maior domínio da expressão escrita e confiança para instruir o TPD desta forma.

Relativamente à visualização do paciente pelo TPD, houve concordância na percentagem de respostas que referem a deslocação do TPD à clínica, sendo a percentagem de “Algumas vezes” 48,7% para MD e 59,6% para TPD. Por outro lado, quando questionados se o paciente se desloca ao laboratório, 88% dos MD e 63,2% dos TPD responde “Nunca”, no entanto, 34,2% dos TPD responde “Algumas vezes”, sendo esta uma percentagem significativa. No estudo realizado na Grécia por Hatzikyriakos et al. (2006), em 30% dos casos a escolha de cor é feita com o paciente no laboratório de prótese, o que vai de encontro aos resultados obtidos relativos aos TPD. Apesar de a maior percentagem de respostas afirmar que o paciente nunca vai ao laboratório, a percentagem que afirma que isto acontece algumas vezes é significativa, podendo mesmo ser benéfica para a comunicação entre MD e TPD. Por outro lado, este tipo de cooperação poderá transparecer um aumento da confiança do MD no TPD, melhorando a articulação do trabalho da equipa. No laboratório o TPD dispõe de diferentes condições de observação relativamente à clínica, onde os instrumentos para tal, como por exemplo escalas de cor são mais limitados.

Acerca das circunstâncias em que é necessário o TPD ver o paciente, o questionário permitia respostas múltiplas, o que impossibilitou a análise estatística da questão, no entanto a percentagem mais elevada de resposta foi para a combinação "Escolha de cor, Visualização de características morfológicas, Visualização de *mock-ups* em boca, Reabilitação em zonas estéticas e Prova de dentes", com 12,3% das respostas dos TPD e "Escolha de cor, Visualização de características morfológicas, Visualização de *mock-ups* em boca, Reabilitação em zonas estéticas, Prova de dentes", com 10,3% das respostas dos MD. Assim, é notório que para os dois grupos de participantes há uma maior relevância do contacto do TPD com o paciente quando se trata de trabalhos com maior incidência estética.

### 5.3 Elementos enviados ao laboratório

Relativamente às impressões e modelos em PR, houve concordância de ambas as partes quanto à sua realização com o material recomendado - (“Bastantes vezes” 96,6% MD, 72,8% TPD), e quanto à utilização de moldeira individual (“Bastantes vezes” 82,1% MD, 52,6% TPD), o que contraria os resultados obtidos por Afsharzand et al. (2006), em que na maioria dos casos os MD utilizam moldeiras universais em impressões definitivas para prótese total. A questão relativa aos problemas mais frequentemente encontrados nas impressões, por permitir uma elevada multiplicidade de respostas não foi possível de analisar estatisticamente, no entanto, a resposta com percentagens mais elevadas foi “Bolhas” e “Arrastamento” com 15,4% e 14,5%, respectivamente, para os MD, e “Impressões não desinfectadas, Distorção, Bolhas, Rasgamento/descolamento, Descontinuidade do material e Arrastamento”, para 14,9% dos TPD. Em estudos anteriores, os resultados indicaram que uma em três impressões definitivas não têm qualidade para a realização dos trabalhos pedidos, sendo os principais problemas além das bolhas e arrastamento, a irregularidade da margem dos preparos (Hatzikyriakos et al., 2006) e a não desinfectação (Hatzikyriakos et al., 2006; Jenkins et al., 2009; Sui et al., 2014; Vieira, 2016).

Quanto à SPP, enquanto 37,6% dos MD refere fazê-la “Algumas vezes” e 35% “Bastantes vezes”, 50% dos TPD refere nunca receber impressões com selagem palatina posterior, verificando-se uma discordância nas respostas. Houve também discordância quando questionados sobre a selagem palatina posterior pelo método indirecto, uma vez que 49,1% dos TPD referem que nunca lhes é pedida para fazer, enquanto 37,6 % dos MD referem pedir ao técnico para a realizar “Algumas vezes” e 28,2% “Bastantes vezes”.

Relativamente ao tipo de gesso utilizado quando os modelos são obtidos na clínica, material mais utilizado para registos em PF, estabilização da base dos blocos para registo em PR, linhas de terminação em PF e utilização de arco facial, as respostas obtidas foram as esperadas e concordantes entre os dois grupos de participantes.

As opiniões quanto aos preparos dentários enviados ao laboratório têm como ponto em comum a dificuldade em expor a margem. A este aspecto os MD acrescentam ainda como outro problema reportado pelo laboratório a falta de espaço para o material de recobrimento. Por outro lado, os TPD referem também convergência inadequada, anatomia não preservada, inexistência de bisel nas cúspides funcionais, margem cervical

irregular e falta de profundidade do limite cervical. Segundo Hatzikyriakos et al. (2006), as principais falhas encontradas nos preparos para prótese fixa são ao nível das terminações marginais e espaço para material de recobrimento.

#### **5.4 Elementos de divergência**

Relativamente aos elementos de divergência identificados entre os dois grupos de profissionais, e uma vez que foi possível assinalar mais do que uma alínea, permitindo-se também que se pudesse acrescentar outras de acordo com a opinião do inquirido, apenas podemos extrair dos dados as maiores percentagens registadas, sem qualquer teste estatístico.

Quanto aos aspectos que mais vezes levam a que uma reabilitação não seja colocada em boca, os MD tiveram como percentagens de resposta mais elevadas "Discrepância do trabalho entre o modelo e a boca" e "Cor, Oclusão e Pontos de contacto", ambos com 5,1% das respostas, "Adaptação" (6%) e "Cor" (6,8%). As respostas do grupo dos TPD vão de encontro às dos MD, sendo a "Discrepância do trabalho entre o modelo e a boca", "Adaptação" e "Cor" as razões mais frequentes (7,9%). Quando questionados sobre os aspectos que podem ser aperfeiçoados com a melhoria da comunicação MD/TPD, os dois grupos referem "Cor, oclusão e enquadramento estético", com 24,8% das respostas para MD e 28,9% para TPD. Dado existir um consenso entre os grupos das duas áreas, poderá este ser um ponto de partida para a melhoria do trabalho em conjunto, de modo a aperfeiçoar estes aspectos e a otimizar os passos clínicos e laboratoriais conducentes à realização de uma RO.

#### **5.5 Considerações finais**

O estudo realizado reuniu características únicas relativamente a outros da mesma área: utilização do mesmo questionário para MD e TPD, abordagem da comunicação propriamente dita e aspectos técnicos de PF e PR. Sugere-se no futuro a reformulação de algumas questões de modo a evitar a perda de informação durante o processo de análise estatística.

Os resultados obtidos quanto à comunicação MD-TPD poderão servir para que instituições de ensino superior e entidades formadoras tenham a percepção das falhas a corrigir, de forma a prestar melhor formação aos futuros profissionais de RO.

## VI. Conclusão

O questionário desenvolvido foi suficiente para a obtenção de dados essenciais ao estudo e para filtragem de informação relevante para investigações futuras. A sua metodologia de construção levou a que alguns dados se perdessem, pois não foi possível fazer a sua análise estatística, o que deverá ser tido em conta em posteriores utilizações.

A amostra obtida foi satisfatória, tendo predominância de indivíduos entre os 21 e os 40 anos, demonstrando uma maior taxa de resposta das camadas jovens quando se apresenta um modelo de questionário *online*.

Os aspectos com maior discrepância de opiniões entre MD e TPD foram a percepção dos dois grupos relativamente à informação disponibilizada nas requisições de trabalhos, frequência de contacto estabelecido para esclarecimento de dúvidas e de deslocamento do paciente ao laboratório de prótese. Outro ponto com respostas díspares foram os problemas encontrados nas impressões enviadas ao laboratório, em que MD referem bolhas e arrastamento e TPD impressões não desinfectadas, descolamento, distorção e descontinuidade.

Dos aspectos que reuniram maior concordância destaca-se a crescente utilização de registos fotográficos, preferência da chamada telefónica para contacto, frequência com que o TPD se desloca à clínica para ver o paciente e as situações em que é necessário fazê-lo (escolha de cor, visualização de características morfológicas, provas de dentes/*mock-ups* e reabilitações em zonas estéticas). Houve ainda opiniões semelhantes entre MD e TPD quanto à utilização dos materiais de impressão e registo, obtenção de modelos de gesso, utilização pontual de arco facial, e percentagem de casos com decisão conjunta do plano de tratamento. Os aspectos que mais vezes levam à não colocação de uma reabilitação em boca foram semelhantes para os dois grupos: discrepância do trabalho entre o modelo e a boca, cor, pontos de contacto e adaptação. Por último, o que pode ser aperfeiçoado com a melhoria da comunicação MD-TPD foi idêntico: cor, oclusão e enquadramento estético.

Apenas se verificou a existência de uma associação significativa para o grupo dos MD com prática de docência, em que há correlação com o modo como é estabelecido contacto com o laboratório.

## VII. Bibliografia

- ACSS, & SNS. (2017). Gestão de profissionais - técnicos de prótese dentária. Retrieved June 19, 2018, from <http://tdt-rhs.min-saude.pt/pages/entradaacss.aspx?ReturnUrl=%2FAPP%2FUserProcess%2FDEFAULT.ASPX>
- Afsharzand, Z., Rashedi, B., & Petropoulos, V. C. (2006). Communication between the dental laboratory technician and dentist: Work authorization for fixed partial dentures. *Journal of Prosthodontics*, 15(2), 123–128. <http://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2006.00086.x>
- Al-AlSheikh, H. M. (2005). Quality of communication between dental practitioners and dental technicians for fixed prosthodontics. *Journal of Oral Rehabilitation*, 32(12), 901–905. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2005.01544.x>
- Albashaireh, Z., & Alnegrish, A. (1999). Assessing the quality of clinical procedures and technical standards of dental laboratories in fixed partial denture therapy. *Int J Prosthodont*, 12, 236–41.
- Almortadi, N., & Chadwick, R. G. (2010). Disinfection of dental impressions - compliance to accepted standards. *British Dental Journal*, 209(12), 607–611. <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.2010.1155>
- Aquilino, S. A., & Taylor, T. D. (1984). Prosthodontic laboratory and curriculum survey. Part III: Fixed prosthodontic laboratory survey. *J Prosthet Dent*, 52, 879–885.
- Bergman B. (1987). Periodontal reactions related to removable partial dentures: a literature review. *J Prosthet Dent.*, 58, 454–557.
- Berry, J., Nesbit, M., & Saberi, S. et al. (2014). Communication methods and production techniques in fixed prosthesis fabrication: a UK based survey. Part 2: Production techniques. *British Dental Journal*, 217(6), E13.
- Berry, J., Nesbit, M., Saberi, S., & Petridis, H. (2014). Communication methods and production techniques in fixed prosthesis fabrication: a UK based survey. Part 1: Communication methods. *British Dental Journal*, 217(6), E12–E12. <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.2014.643>
- Boynton, P. M. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *Bmj*, 328(7451), 1312–1315. <http://doi.org/10.1136/bmj.328.7451.1312>
- Carneiro, L. (2006). Specifications provided by practitioners for fabrication of removable acrylic prostheses in Tanzania. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33(9), 660–5. Retrieved from <http://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2005.01611.x%0A>
- Chaveiro, N., Porto, C. C., & Barbosa, M. A. (2009). Relação do doente surdo com o médico. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 75(1), 147–150.
- Clark, R. (1984). Prevention in prosthodontics. *Singapore Dent J.*, 9, 5–10.
- Covello, V. T. (1993). Risk Communication and Occupational Medicine. *Journal of Occupational and*



- Environmental Medicine*, 35(1). Retrieved from [https://journals.lww.com/joem/Fulltext/1993/01000/Risk\\_Communication\\_and\\_Occupational\\_Medicine.11.aspx](https://journals.lww.com/joem/Fulltext/1993/01000/Risk_Communication_and_Occupational_Medicine.11.aspx)
- de Oliveira, Y. C. A., Celino, S. D. de M., & Costa, G. M. C. (2014). Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 307–320. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100017>
- DGEEC/Med - MCTES, & PORDATA. (2017a). Diplomados do sexo feminino no ano, no ensino superior na área da Saúde: total e por subsistema e tipo de ensino. Retrieved May 13, 2018, from <https://www.pordata.pt/Portugal/Diplomados+do+sexo+feminino+no+ensino+superior+total+e+por+tipo+de+ensino-349-1840>
- DGEEC/Med - MCTES, & PORDATA. (2017b). Diplomados do sexo masculino no ano, no ensino superior na área da Saúde: total e por subsistema e tipo de ensino. Retrieved May 13, 2018, from <https://www.pordata.pt/Portugal/Diplomados+do+sexo+masculino+no+ensino+superior+total+e+por+tipo+de+ensino-348-1831>
- Diem, K. G. (2002). A Step-by-Step Guide to Developing Effective Questionnaires and Survey Procedures for Program Evaluation & Research. *Rutgers Cooperative Research & Extension*, 1–6. <http://doi.org/10.2762/41007>
- Directiva 93/42/CEE. (1993). *Jornal Oficial Das Comunidades Europeias*, 2, 1–43.
- Farah, J., Dootz, E., & Mora, G, et al. (1991). Insights of dental technicians: A survey of business and laboratory relations with dentists. *Dentistry*, 11, 9–11.
- Ghoneima, A., Allam, E., & Zunt, S. (2010). Dentist–dental technician communication. *Dental Abstracts*, 55(5), 239–240. <http://doi.org/10.1016/j.denabs.2010.04.017>
- Goodacre, C. J., Bernal, G., Rungcharassaeng, K., & Kan, J. Y. K. (2003). Clinical Complications in Fixed Prosthodontics. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 90(August), 31–41. <http://doi.org/10.1016/S0022391303002142>
- Hagiwara, Y., Narita, T., Shioda, Y., Iwasaki, K., Ikeda, T., Namaki, S., & Salinas, T. J. (2015). Current status of implant prosthetics in Japan: a survey among certified dental lab technicians. *International Journal of Implant Dentistry*, 1(1), 4. <http://doi.org/10.1186/s40729-015-0005-3>
- Haj-Ali, R., Al Quran, F., & Adel, O. (2012). Dental Laboratory Communication Regarding Removable Dental Prosthesis Design in the UAE. *Journal of Prosthodontics*, 21(5), 425–428. <http://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2011.00842.x>
- Hatzikyriakos, A., Petridis, H. P., Tsiggos, N., & Sakelariou, S. (2006). Considerations for services from dental technicians in fabrication of fixed prostheses: A survey of commercial dental laboratories in Thessaloniki, Greece. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 96(5), 362–366. <http://doi.org/10.1016/j.prosdent.2006.08.017>

- Hickey, J. C., Zarb, G. A., & Bolender, C. L. (1985). *Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients*. (D. Warfel, Ed.) (9th ed.). St. Louis: Mosby Company.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. (M. Robalo, Ed.) (2ª). Lisboa: Edições Sílabo.
- INE, & PORDATA. (2018). Indivíduos com 16 e mais anos que utilizam computador e Internet em % do total de indivíduos: por grupo etário. Retrieved May 13, 2018, from <https://www.pordata.pt/Portugal/Indiv%C3%ADduos+com+16+e+mais+anos+que+utilizam+computador+e+Internet+em+percentagem+do+total+de+indiv%C3%ADduos+por+grupo+et%C3%A1rio-1139-9236>
- Jacobson, T. E., & Krol, A. J. (2018). A contemporary review of the factors involved in complete dentures. Part II: Stability. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 49(2), 165–172. [http://doi.org/10.1016/0022-3913\(83\)90494-8](http://doi.org/10.1016/0022-3913(83)90494-8)
- Jankar, A. S., & Kale, Y. (2012). Dentist and lab communication: key to better restorations. *Indian Journal of Basic & Applied Medical Research*, 1(2), 136–142.
- Jenkins, S. J., Lynch, C. D., Sloan, A. J., & Gilmour, A. S. M. (2009). Quality of prescription and fabrication of single-unit crowns by general dental practitioners in Wales. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36(2), 150–156. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01916.x>
- Juszczyk, A., Clark, R., & Radford, D. (2009). Summary of: UK dental laboratory technicians' views on the efficacy and teaching of clinical-laboratory communication. *British Dental Journal*, 206(10), 532–533. <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.2009.454>
- Kilfeather, G. P., Lynch, C. D., Sloan, A. J., & Youngson, C. C. (2010). Quality of communication and master impressions for the fabrication of cobalt chromium removable partial dentures in general dental practice in England, Ireland and Wales in 2009. *Journal of Oral Rehabilitation*, 37(4), 300–305. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2009.02055.x>
- Kress, G. C. J. (1988). Patient satisfaction with dental care. *Dental Clin North Am.*, 32(4), 791–802.
- Krosnick, J. a. (1999). Survey research. *Annual Review of Psychology*, 50, 537–567. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.537>
- Kugel, G., Perry, R., Ferrari, M., & P, L. (2000). Disinfection and communication practices: a survey of U.S. dental laboratories. *J Am Dent Assoc*, 131, 786–92.
- Leith, R., Lowry, L., & O'Sullivan, M. (2000). Communication between dentists and laboratory technicians. *J Ir Dent Assoc*, 46, 5–10.
- Lewis, A. (1994). Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4(5), 371–372. <http://doi.org/10.1002/casp.2450040506>
- Lynch, D., & Allen, P. (2005). Quality of written prescriptions and master impressions for fixed and removable prosthodontics: a comparative study. *Br Dent J*, (198), 17–20.

- MacEntee, M., & Belser, U. (1988). Fixed restorations produced by commercial dental laboratories in Vancouver and Geneva. *J Oral Rehabil* 1988;15:301-5., 15, 301–5.
- Mendelson, M. R. (2006). Effective laboratory communication... it's a two way street. *Dentistry Today*, 25(7), 96–98.
- Monterrosso, R., Pereira, H. M., & Melo, H. (2014). Comunicação entre médico dentista e técnico de prótese dentária - um “must have” na reabilitação oral. *LabPro*, 17, 24–30.
- Olin, P., Clay, D., & Look, J. (1989). Current prosthodontic practice: a dental laboratory survey. *J Prosthet Dent*, 61, 742–5.
- Ordem dos Médicos Dentistas, & Observatório Saúde Oral. (2017). *Os Números da Ordem 2017*. Porto.
- Öwall, B., Budtz-Jørgensen, E., & Davenport, J. et al. (2002). Removable partial denture design: a need to focus on hygienic principles? *Int J Prosthodont.*, 15, 371–378.
- Palancha, A. A. (2009). *Laboratório de prótese dentária: comunicação e conhecimento*. Universidade Fernando Pessoa.
- Parry, G. R., Evans, J. L., & Cameron, A. (2014). Communicating prosthetic prescriptions from dental students to the dental laboratory: is the message getting through? *J Dent Educ*, 78(12), 1636–1642.
- Radhi, A., Lynch, C. D., & Hannigan, A. (2007). Quality of written communication and master impressions for fabrication of removable partial prostheses in the Kingdom of Bahrain. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34(2), 153–157. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2006.01685.x>
- Rath, C., Sharpling, B., & BJ, M. (2010). Survey of the provision of crowns by dentists in Ireland. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=20836426&site=eds-live>
- Rhoads, J. E., Rudd, K. D., & Morrow, R. M. (1986). *Dental laboratory procedures* (2nd ed.). St. Louis (MO): Mosby Company.
- Rosentiel, S. F., Land, M. F., & Fujimoto, J. (1988). *Contemporary Fixed Prosthodontics* (1st ed.). St. Louis (MO): Mosby Company.
- Sapsford, R. (1999). *Survey research*. London: Sage.
- Schelles, S. (2008). A importância da linguagem não-verbal nas relações de liderança nas organizações. *Revista Esfera, Brasília*, 1, 1–8.
- Schwarz, W., & Barsby, M. (1980). A survey of the practice of partial denture prosthetics in the United Kingdom. *J Dent*, (8), 95–101.
- Shillenburg, H. T., Hobo, S., Whitsett, L. D., Jacobi, R., & Brackett, S. E. (1998). *Fundamentos de Prótese Fixa* (3ª). São Paulo: Quintessence Editora Lda.
- Siniscalco, M. T., & Auriat, N. (2005). Questionnaire design: Quantitative research methods in educational

planning. *International Institute for Educational Planning*, 1–85.  
<http://doi.org/10.1177/0011392198046004003>

- Stankiewicz, N., & Wilson, P. (2000). A survey of the distribution and types of full crowns prescribed in Melbourne, Australia. *Aust Dent J*, 45, 193–7.
- Sui, L., Wu, X., Wu, S., Gao, P., & Li, R. (2014). The Quality of Written Instructions for Dental Prostheses in China. *Journal of Prosthodontics*, 23(8), 602–609. <http://doi.org/10.1111/jopr.12163>
- Tuominen, R., Ranta, K., & Paunio, I. (1988). Wearing removable partial dentures in relation to dental caries. *J Oral Rehabil.*, 15, 515–520.
- Tuominen, R., Ranta, K., & Paunio, I. (1989). Wearing removable partial dentures in relation to periodontal pockets. *J Oral Rehabil.*, 16, 119–126.
- van Riel, C. B. M., & Fombrun, C. (2007). *Essentials of corporate communication* (1st ed.). Abingdon: Routledge.
- Vieira, A. R. A. (2016). *Comunicação entre médico dentista e técnico de prótese: uma perspectiva laboratorial*. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.
- Williams, G., & Edmunds, D. (1981). Crown and bridge technology in the United Kingdom. A survey of dental laboratories. *Br Dent J*, 21, 215–7.
- Winstanley, R., & Carrotte, P. (1997). The quality of impressions for crowns and bridges received at commercial dental laboratories. *Br Dent J* 1997, 183, 209–13.

## **VIII. Anexos**

## **8.1 Anexo I – Questionário para Médicos Dentistas**

## Comunicação entre o Médico Dentista e o Laboratório de Prótese Dentária em Reabilitação Oral

Este questionário tem como objectivo avaliar a comunicação entre Médicos Dentistas e o Laboratório de Prótese Dentária em Reabilitação Oral. Os dados obtidos serão utilizados na realização de uma dissertação de Mestrado Integrado e Medicina Dentária, e têm natureza confidencial e anónima.

O inquérito divide-se em duas partes. A Parte I corresponde a dados pessoais e profissionais, necessários para a caracterização da população de Médicos Dentistas em actividade da profissão em Portugal. A Parte II diz respeito aos meios de comunicação entre o Médico Dentista (MD) e o Técnico de Prótese Dentária (TPD), elementos enviados ao laboratório e opinião acerca dos pontos a melhorar na equipa.

Por favor responda a todas as alíneas. (Existem questões direccionadas para a área da Prótese Fixa e Removível, caso alguma não se aplique à sua área laboratorial não responda.)

**\*Obrigatório**

### PARTE I - Elementos de caracterização da população.

#### Dados pessoais

---

**1. Género \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

**2. Idade \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 21 a 30
- ☐ 31 a 40
- ☐ 41 a 50
- ☐ 51 a 60
- ☐ Mais de 60

**3. Área onde trabalha \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Norte
- ☐ Distrito do Porto
- ☐ Centro
- ☐ Distrito de Lisboa
- ☐ Sul
- ☐ Ilhas

**4. Área de residência \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ A mesma onde trabalha
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**5. Habilitações académicas \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

**6. Outros cursos de formação na área da Reabilitação Oral**

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Pós-graduação
- ☐ Curso teórico-prático
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**7. Quantos cursos de formação não conducente a grau na área da Reabilitação Oral possui?**

Se na resposta anterior não assinalou nenhuma opção, avance para a questão seguinte.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1 a 3
- ☐ 3 a 5
- ☐ Mais de 5

**Dados profissionais**

---



**8. Há quanto tempo exerce Medicina Dentária?**

\*

---

**9. Actualmente trabalha: \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Por conta própria
- ☐ Por conta de outrem

**10. Trabalha em regime de exclusividade? \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

**11. Se na questão anterior respondeu Não, indique em quantas clínicas trabalha, e em que distritos.**

Se respondeu Sim, avance para a questão seguinte.

---

---

---

---

---

**12. Tem prática de docência? \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

**PARTE II – Comunicação Médico Dentista/Laboratório****Elementos de comunicação entre o Médico Dentista e o Laboratório**

---

**13. A requisição de trabalhos é feita maioritariamente em: \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Formulário do Laboratório
- ☐ Formulário do Médico Dentista

**14. Relativamente às requisições enviadas:**

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
São preenchidas na totalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam a idade do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam a forma dos dentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam a classe de Angle em que deve ser feita a montagem de próteses totais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam o desenho do esqueleto metálico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam o desenho da infraestrutura para prótese fixa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam o tipo de material cerâmico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Têm diagrama de cores para estratificação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
São acompanhadas por registo fotográfico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. Quando na requisição é feita referência a registo fotográfico, como é este obtido? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Máquina fotográfica
- ☐ Telemóvel
- ☐ Câmara intra-oral

**16. Quando a requisição é acompanhada por fotografias, quantas cores da escala são dadas como guias de cor?**

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Apenas 1
- ☐ Mais do que 1

**17. Relativamente ao contacto com o TPD: \***

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
É necessário para esclarecimento de dúvidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É estabelecido pelo MD para discussão do plano de tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**18. Quando tem dúvidas nas requisições, como contacta o TPD para esclarecimentos? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Presencialmente
- ☐ Chamada telefónica
- ☐ Mensagem escrita
- ☐ E-mail

**19. Indique o que é discutido quando o contacta o TPD para discutir o plano de tratamento: \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Posição dos dentes
- ☐ Anatomia dentária
- ☐ Materiais
- ☐ Técnica
- ☐ Desenho da infraestrutura metálica
- ☐ Decisão conjunta do plano de tratamento
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**20. Relativamente à visualização presencial do paciente: \***

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
O TPD desloca-se à clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O paciente desloca-se ao laboratório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Quais as circunstâncias em que é necessário o TPD ver o paciente? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Escolha de cor
- ☐ Visualização de características morfológicas
- ☐ Visualização de mock-ups em boca
- ☐ Reabilitações em zonas estéticas
- ☐ Prova de dentes
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

## Elementos enviados ao laboratório

---

**22. Relativamente às impressões e modelos em prótese removível:**

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
São realizadas com o material adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para prótese total são realizadas com moldeira individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MD faz selagem palatina posterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**23. Quais os principais problemas que oTPD lhe refere ter encontrado nas impressões? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Impressões não desinfectadas
- ☐ Distorção
- ☐ Bolhas
- ☐ Rasgamento/descolamento do material de impressão
- ☐ Descontinuidade do material de impressão
- ☐ Arrastamento
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**24. Quando os modelos são enviados pela clínica, qual o tipo de gesso mais utilizado? \***

Assinale com um X a opção pretendida.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Tipo III
- ☐ Tipo IV

**25. Qual o material que mais utiliza em registos para reabilitação fixa?**

Assinale com um X a opção pretendida.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Elastómero
- ☐ Cera
- ☐ Acrílico
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**26. Relativamente ao registo em prótese removível:**

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
A base do bloco de oclusão é estabilizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É pedido ao TPD para fazer selagem palatina posterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**27. Relativamente às preparações para reabilitação fixa, quais as principais falhas o TPD lhe refere encontrar?**

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Convergência excessiva ou insuficiente
- ☐ Anatomia não preservada
- ☐ Inexistência de bisel nas cúspides funcionais
- ☐ Margem cervical irregular
- ☐ Dificuldade em expor a margem
- ☐ Falta de profundidade do limite cervical
- ☐ Falta de espaço para material de recobrimento
- ☐ Desadaptação do prato
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**28. Qual a linha de terminação marginal que mais utiliza em Prótese Fixa?**

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Chanfro profundo
- ☐ Chanfro reduzido
- ☐ Ombro
- ☐ Bisel

**29. Em que circunstâncias envia registos com arco facial? \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Prótese Fixa
- ☐ Prótese Removível
- ☐ Nenhuma

## **Elementos de divergência**

---

**30. Quais os aspectos que mais vezes levam à não colocação dos trabalhos na boca do paciente? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Cor
- ☐ Linhas de referência
- ☐ Adaptação
- ☐ Oclusão
- ☐ Pontos de contacto
- ☐ Discrepância entre o trabalho no modelo e em boca
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**31. Quais os aspectos que pensa que podem ser aperfeiçoados com a melhoria da comunicação com o TPD? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Cor
- ☐ Oclusão
- ☐ Enquadramento estético
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

## **8.2 Anexo II – Questionário para Técnicos de Prótese**

## Comunicação entre o Médico Dentista e o Laboratório de Prótese Dentária em Reabilitação Oral

Este questionário tem como objectivo avaliar a comunicação entre Médicos Dentistas e o Laboratório de Prótese Dentária em Reabilitação Oral. Os dados obtidos serão utilizados na realização de uma dissertação de Mestrado Integrado e Medicina Dentária, e têm natureza confidencial e anónima.

O inquérito divide-se em duas partes. A Parte I corresponde a dados pessoais e profissionais, necessários para a caracterização da população de Técnicos de Prótese Dentária em actividade da profissão em Portugal. A Parte II diz respeito aos meios de comunicação entre o Médico Dentista (MD) e o Técnico de Prótese Dentária (TPD), elementos enviados ao laboratório e opinião acerca dos pontos a melhorar na equipa.

Por favor responda a todas as alíneas. (Existem questões direccionadas para a área da Prótese Fixa e Removível, caso alguma não se aplique à sua área laboratorial não responda.)

**\*Obrigatório**

### PARTE I - Elementos de caracterização da população.

Assinale a/as opções que melhor expressam a sua situação.

#### Dados pessoais

---

**1. Género \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Masculino  
☐ Feminino

**2. Idade \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 21 a 30  
☐ 31 a 40  
☐ 41 a 50  
☐ 51 a 60  
☐ Mais de 60



**3. Área onde trabalha \***

Assinale com um X a opção pretendida.  
*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Norte
- ☐ Distrito do Porto
- ☐ Centro
- ☐ Distrito de Lisboa
- ☐ Sul
- ☐ Ilhas

**4. Área de residência \***

Assinale com um X a opção pretendida.  
*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ A mesma onde trabalha
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**5. Habilitações académicas \***

Assinale com um X a opção pretendida.  
*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sem formação académica
- ☐ Curso profissional
- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

**6. Outros cursos de formação na área da Reabilitação Oral**

Pode assinalar mais do que uma opção.  
*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Pós-graduação
- ☐ Curso teórico-prático
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**7. Quantos cursos de formação não conducente a grau na área da Reabilitação Oral possui?**

Se na resposta anterior não assinalou nenhuma opção, avance para a questão seguinte.  
*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1 a 3
- ☐ 3 a 5
- ☐ Mais de 5

## **Dados profissionais**

---

**8. Há quanto tempo exerce Prótese Dentária? \***

**9. Actualmente trabalha: \***

Pode assinalar mais do que uma opção.  
*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Por conta própria  
☐ Por conta de outrem

**10. Trabalha em regime de exclusividade? \***

Assinale com um X a opção pretendida.  
*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim  
☐ Não

**11. Se na questão anterior respondeu Não, indique em quantos laboratórios trabalha, e em que distritos.**

Se respondeu Sim, avance para a questão seguinte.

---

---

---

---

---

**12. Tem prática de docência? \***

Assinale com um X a opção pretendida.  
*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim  
☐ Não

## **PARTE II – Comunicação Laboratório/Médico Dentista**

Assinale a/as opções que melhor expressam a sua situação.

### **Elementos de comunicação entre o Laboratório e o Médico Dentista**

---

**13. A requisição de trabalhos é feita maioritariamente em: \***

Assinale com um X a opção pretendida.  
*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Formulário do Laboratório  
☐ Formulário do Médico Dentista

**14. Relativamente às requisições recebidas:**

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
São preenchidas na totalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam a idade do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam a forma dos dentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam a classe de Angle em que deve ser feita a montagem de próteses totais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam o desenho do esqueleto metálico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam o desenho da infraestrutura para prótese fixa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicam o tipo de material cerâmico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Têm diagrama de cores para estratificação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
São acompanhadas por registo fotográfico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. Quando na requisição é feita referência a registo fotográfico, como foi este obtido? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Máquina fotográfica
- ☐ Telemóvel
- ☐ Câmara intra-oral

**16. Quando a requisição é acompanhada por fotografias, quantas cores da escala são dadas como guias de cor?**

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Apenas 1
- ☐ Mais do que 1

**17. Relativamente ao contacto com o Médico Dentista: \***

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
É necessário para esclarecimento de dúvidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É estabelecido pelo MD para discussão do plano de tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**18. Quando tem dúvidas nas requisições, como contacta o MD para esclarecimentos? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Presencialmente
- ☐ Chamada telefónica
- ☐ Mensagem escrita
- ☐ E-mail
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**19. Indique o que é discutido quando o MD contacta o laboratório para discutir o plano de tratamento (ex: técnica, material, etc.). \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Posição dos dentes
- ☐ Anatomia dentária
- ☐ Materiais
- ☐ Técnica
- ☐ Desenho da infraestrutura metálica
- ☐ Decisão conjunta do plano de tratamento
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**20. Relativamente à visualização presencial do paciente: \***

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
O TPD desloca-se à clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O paciente desloca-se ao laboratório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Quais as circunstâncias em que é necessário o TPD ver o paciente? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Escolha de cor
- ☐ Visualização de características morfológicas
- ☐ Visualização de mock-ups em boca
- ☐ Reabilitações em zonas estéticas
- ☐ Prova de dentes
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

## Elementos enviados ao laboratório

**22. Relativamente às impressões e modelos em prótese removível:**

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
São realizadas com o material adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para prótese total são realizadas com moldeira individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MD faz selagem palatina posterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**23. Quais os principais problemas que encontra nas impressões que lhe são enviadas? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Impressões não desinfectadas
- ☐ Distorção
- ☐ Bolhas
- ☐ Rasgamento/descolamento do material de impressão
- ☐ Descontinuidade do material de impressão
- ☐ Arrastamento
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**24. Quando os modelos são enviados pela clínica, qual o tipo de gesso mais utilizado? \***

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Tipo III
- ☐ Tipo IV

**25. Qual o material mais utilizado em registos para reabilitação fixa**

Assinale com um X a opção pretendida.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Elastómero
- ☐ Cera
- ☐ Acrílico
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**26. Relativamente ao registo em prótese removível:**

Assinale com um X apenas uma opção por linha.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Sempre
A base do bloco de oclusão é estabilizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MD pede ao TPD para fazer selagem palatina posterior no modelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**27. Relativamente às preparações para reabilitação fixa, quais as principais falhas que encontra?**

Pode assinalar mais do que uma opção.

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Convergência excessiva ou insuficiente
- ☐ Anatomia não preservada
- ☐ Inexistência de bisel nas cúspides funcionais
- ☐ Magem cervical irregular
- ☐ Exposição incorrecta da margem
- ☐ Falta de profundidade do limite cervical
- ☐ Falta de espaço para material de recobrimento
- ☐ Desadaptação do prato
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**28. Qual a linha de terminação marginal mais utilizada pelos MD?**

Assinale com um X a opção pretendida.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Chanfro profundo
- ☐ Chanfro reduzido
- ☐ Ombro
- ☐ Bisel

**29. Em que circunstâncias lhe são enviados registos com arco facial? \***

Assinale com um X a opção pretendida.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Prótese Fixa
- ☐ Prótese Removível
- ☐ Nenhuma

## Elementos de divergência

**30. Quais os aspectos que mais vezes levam à não colocação dos trabalhos na boca do paciente? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Cor
- ☐ Linhas de referência
- ☐ Adaptação
- ☐ Oclusão
- ☐ Pontos de contacto
- ☐ Margem gengival
- ☐ Discrepância entre o trabalho no modelo e em boca
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**31. Quais os aspectos que pensa que podem ser aperfeiçoados com a melhoria da comunicação com o MD? \***

Pode assinalar mais do que uma opção.

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Cor
- ☐ Oclusão
- ☐ Enquadramento estético
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

---

Com tecnologia



## **IX. Apêndices**



## 9.1 Apêndice I

Gráfico 1 - Trabalha na sua área de residência?

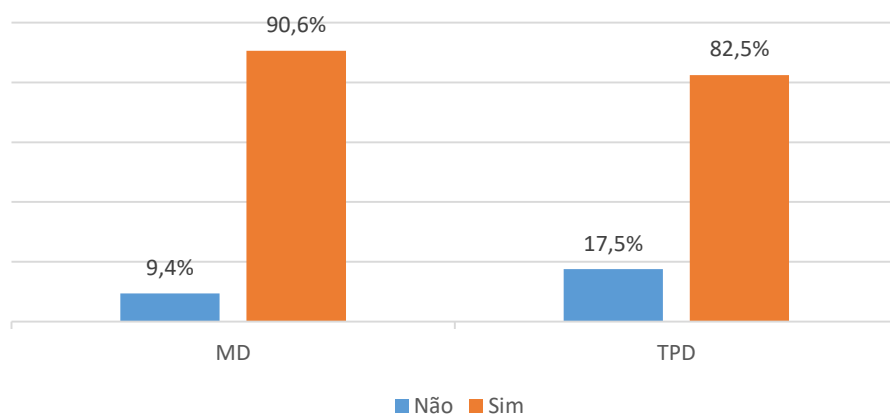


Gráfico 2 - MD: Outros cursos de formação na área da Reabilitação Oral

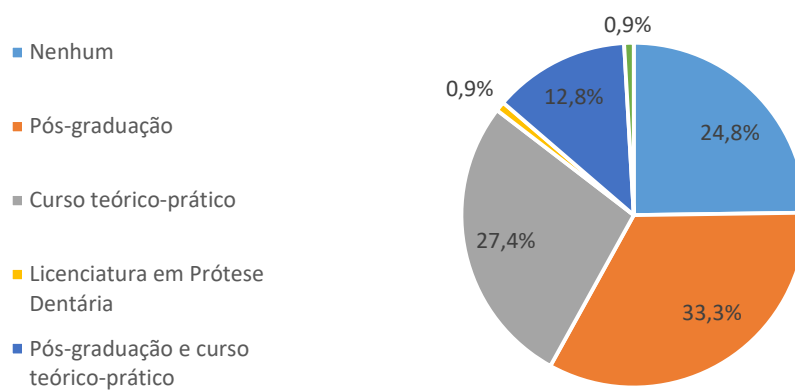


Gráfico 3 - TPD: Outros cursos de formação na área da Reabilitação Oral

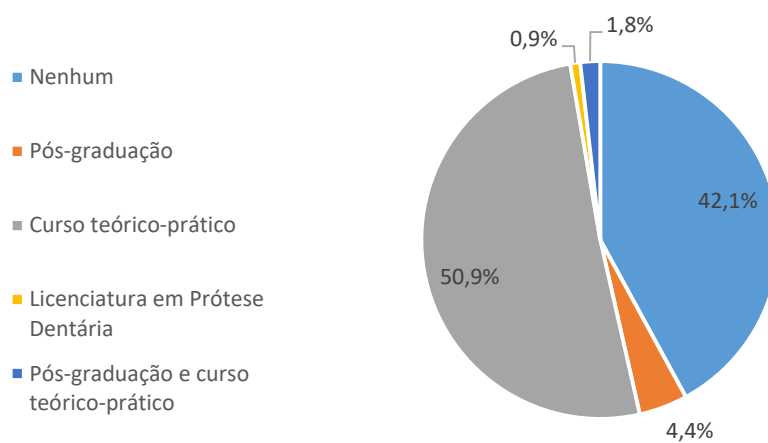


Gráfico 4 - MD: Quantos cursos de formação não conducente a grau na área da Reabilitação Oral possui?

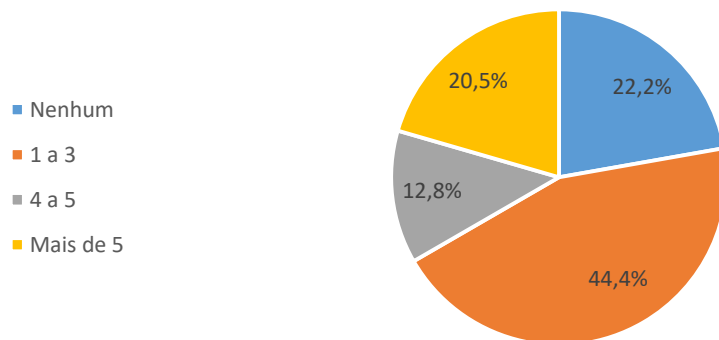
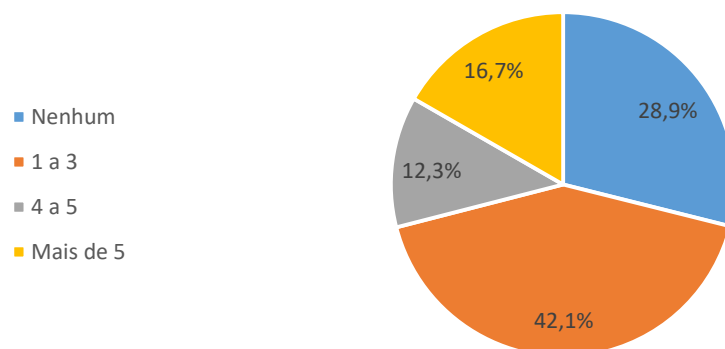
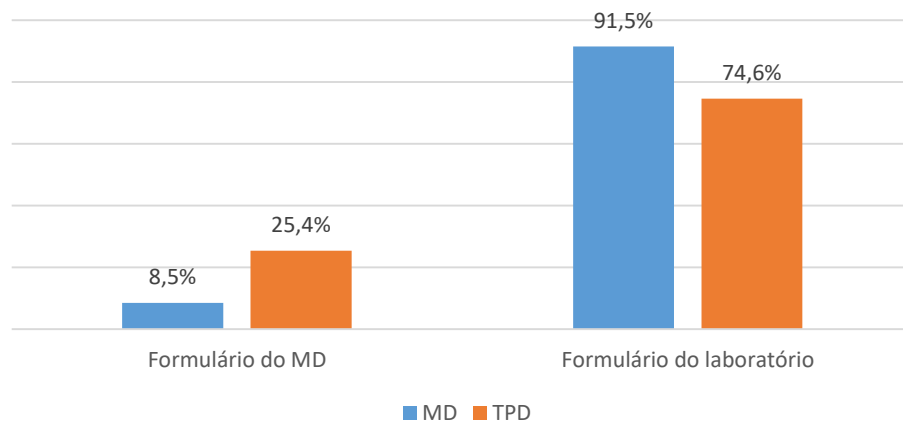


Gráfico 5 - TPD: Quantos cursos de formação não conducente a grau na área da Reabilitação Oral possui?



## 9.2 Apêndice II

Gráfico 1 - A requisição de trabalhos é feita maioritariamente em:



### 9.3 Apêndice III

**Tabela I. Relativamente às requisições:**

		MD	TPD
São preenchidas na totalidade	Sem resposta	2,6%	0,0%
	Nunca	4,3%	19,3%
	Algumas vezes	21,4%	58,8%
	Bastantes vezes	71,8%	21,9%
	VSempre	0,0%	0,0%
Indicam a idade do paciente	Sem resposta	0,0%	0,0%
	Nunca	27,4%	39,5%
	Algumas vezes	30,8%	54,4%
	Bastantes vezes	41,9%	6,1%
	Sempre	0,0%	0,0%
Indicam a forma dos dentes	Sem resposta	0,0%	0,9%
	Nunca	22,2%	54,4%
	Algumas vezes	30,8%	35,1%
	Bastantes vezes	47,0%	9,6%
	Sempre	0,0%	0,0%
Indicam a classe de Angle para montagem de próteses totais	Sem resposta	1,7%	4,4%
	Nunca	55,6%	68,4%
	Algumas vezes	24,8%	25,4%
	Bastantes vezes	17,9%	1,8%
	Sempre	0,0%	0,0%
Indicam o desenho do esqueleto metálico	Sem resposta	0,9%	7,0%
	Nunca	44,4%	58,8%
	Algumas vezes	25,6%	29,8%
	Bastantes vezes	29,1%	4,4%
	Sempre	0,0%	0,0%
Indicam o desenho da infra-estrutura para prótese fixa	Sem resposta	2,6%	3,5%
	Nunca	48,7%	75,4%
	Algumas vezes	31,6%	19,3%
	Bastantes vezes	17,1%	1,8%
	Sempre	0,0%	0,0%

**Tabela I. Relativamente às requisições:**

		MD	TPD
Indicam o tipo de material cerâmico	Sem resposta	1,7%	1,8%
	Nunca	11,1%	23,7%
	Algumas vezes	16,2%	42,1%
	Bastantes vezes	70,9%	32,5%
	Sempre	0,0%	0,0%
Têm diagrama de cores para estratificação	Sem resposta	0,0%	2,6%
	Nunca	23,1%	14,9%
	Algumas vezes	24,8%	55,3%
	Bastantes vezes	52,1%	27,2%
	Sempre	0,0%	0,0%
São acompanhadas por registo fotográfico	Sem resposta	0,0%	0,0%
	Nunca	8,5%	3,5%
	Algumas vezes	29,9%	61,4%
	Bastantes vezes	61,5%	35,1%
	Sempre	0,0%	0,0%

## 9.4 Apêndice IV

Gráfico 1 - Como são obtidos os registos fotográficos?

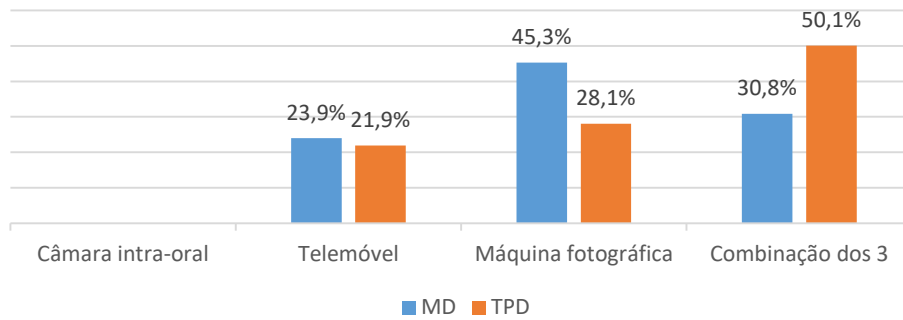
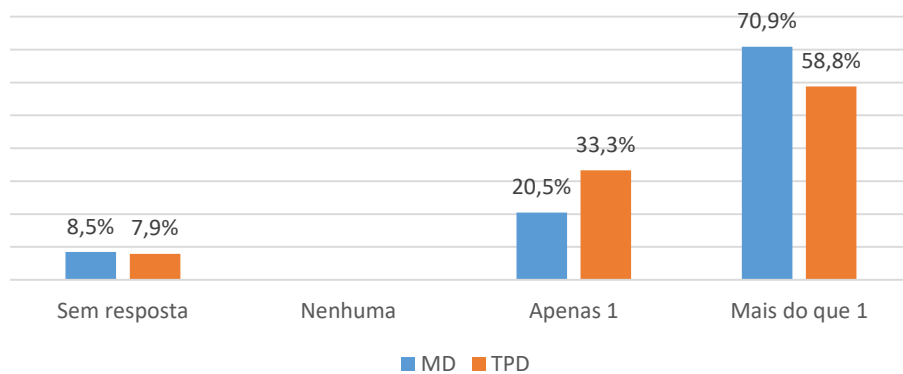


Gráfico 2: Quando a requisição é acompanhada por fotografias, quantas cores da escala são dadas como guias?



## 9.5 Apêndice V

Gráfico 1: Análise do contacto MD-TPD vs Prática docência

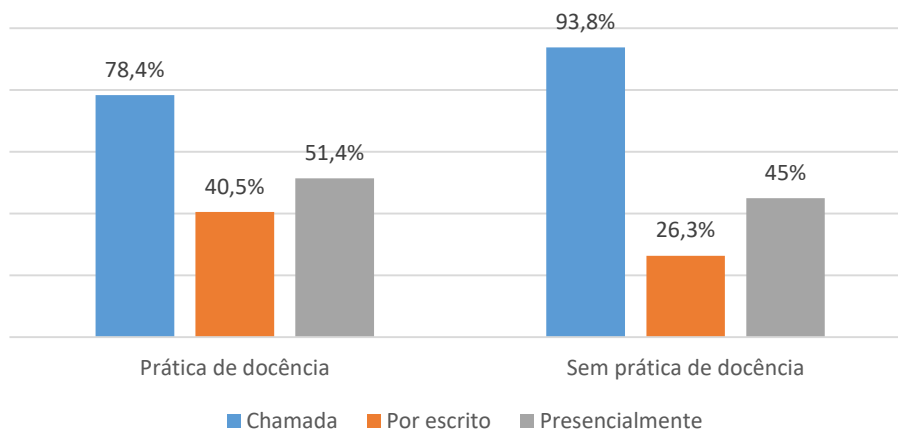


Gráfico 2: Análise do contacto TPD-MD vs Prática docência

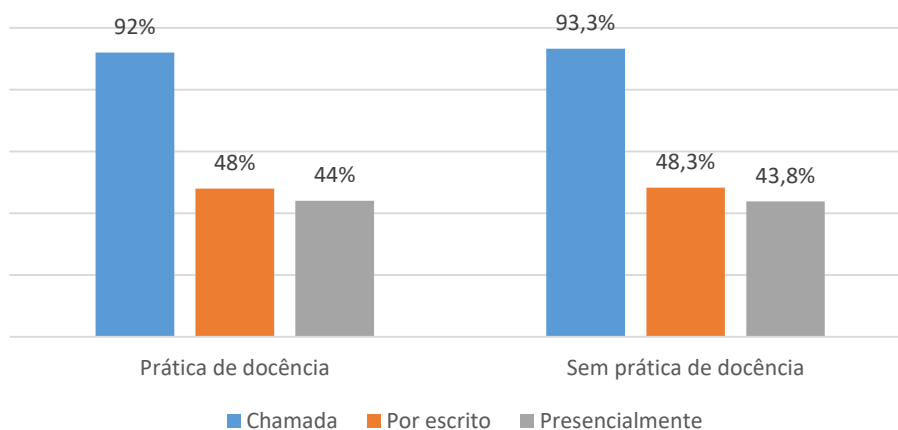
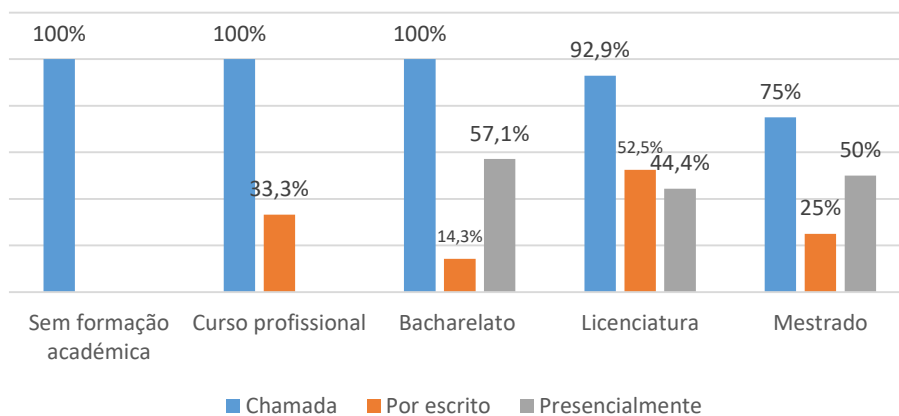




Gráfico 4: Análise do contacto TPD-MD vs  
Habilitações académicas



## 9.6 Apêndice VI

Gráfico 1: As impressões e modelos em PR são realizados com o material adequado

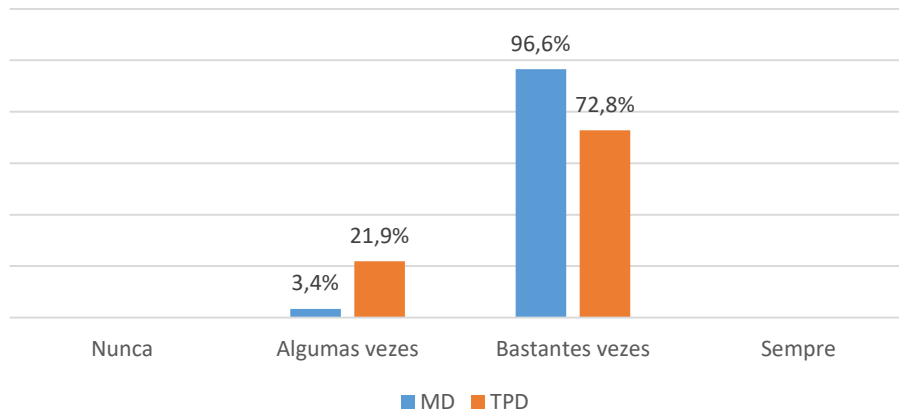


Gráfico 2: As impressões definitivas para prótese total são realizadas com moldeira individual

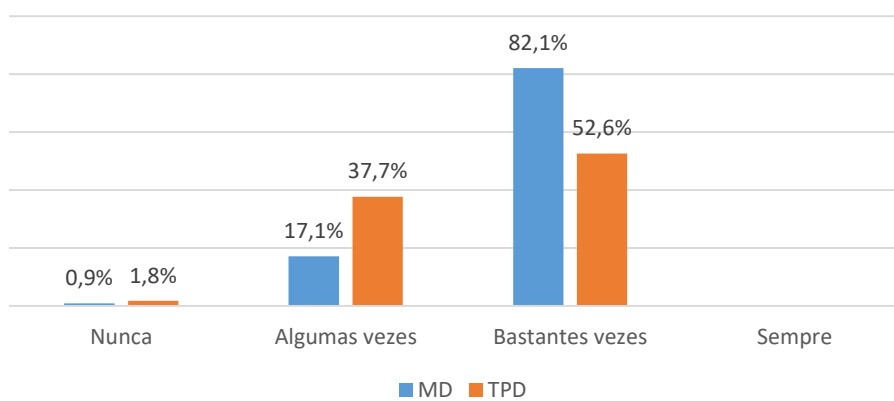


Gráfico 3: O MD faz selagem palatina posterior para prótese total

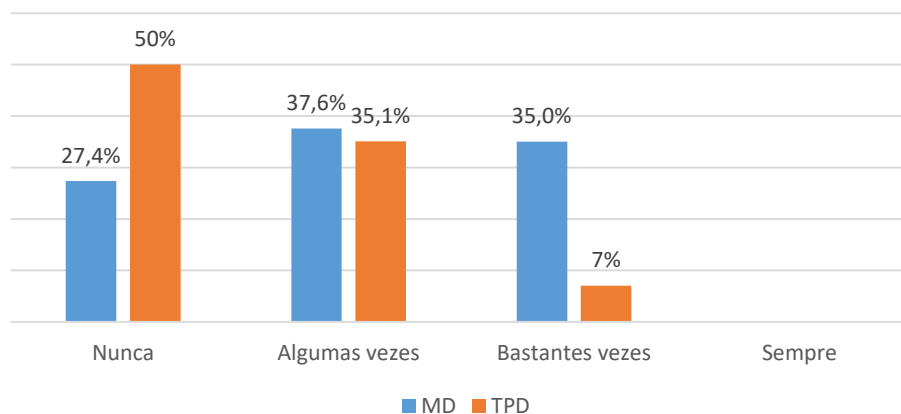


Gráfico 4: É pedido ao TPD para fazer selagem palatina posterior

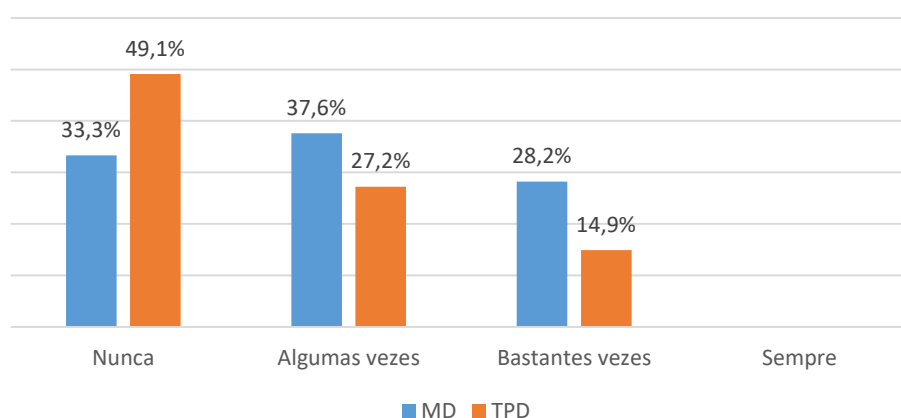


Gráfico 5: A base do bloco de oclusão é estabilizada

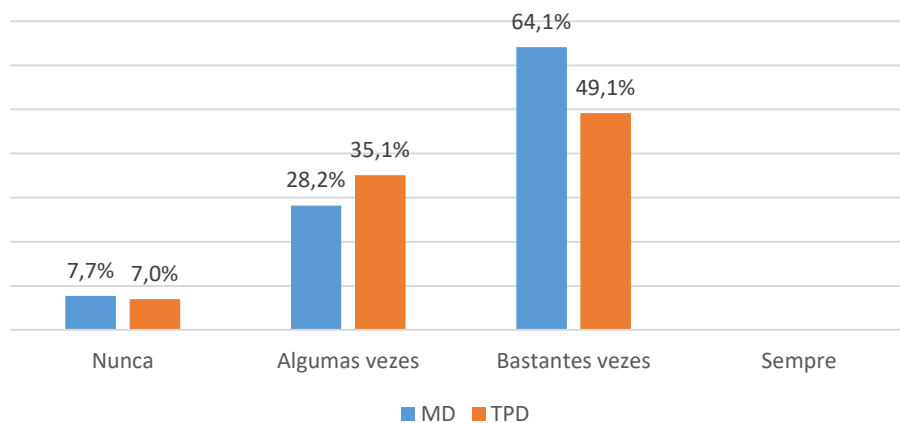


Gráfico 6: Qual a linha de terminação marginal mais utilizada em Prótese Fixa?

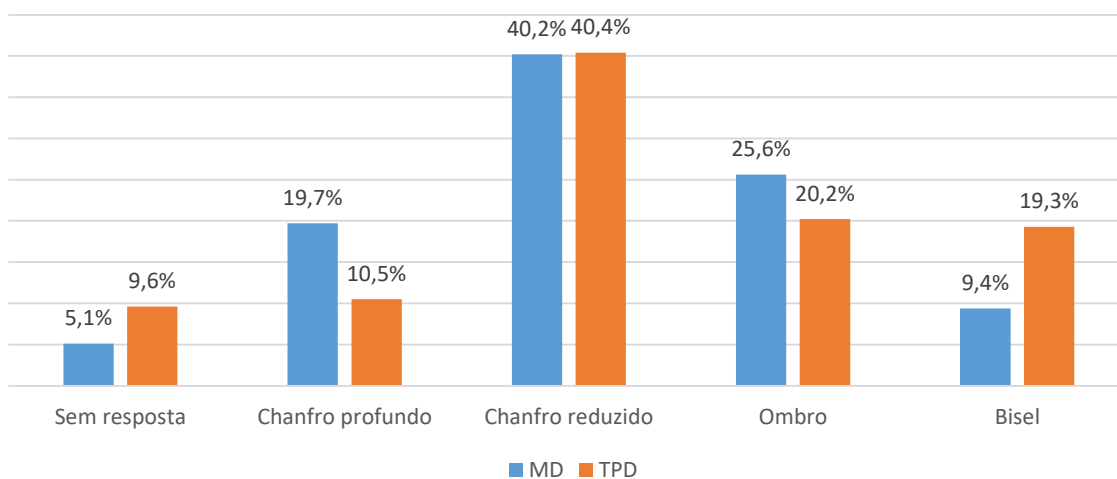


Gráfico 7: Em que circunstâncias envia registos com arco facial?

